NEUROLOGJA POLSKA

TOM I. ZESZYT VI. MAJ — CZERWIEC. 1911.

Z oddziału D-ra Bregmana dla chorych nerwowych w szpitalu Starozakonnych na Czystem.

PRZYCZYNEK DO NOWOTWORÓW KĄTA MOSTOWO-MÓŻDŻKOWEGO.

podali

L. E. BREGMAN i G. KRUKOWSKI.

Wśród nowotworów tylnej jamy czaszkowej, nowotwory powstające w kącie mostowo-móżdżkowym tworzą oddzielną grupę cechującą się wybitnymi objawami i bardzo ważną pod względem klinicznym. Prace Monakowa, Hartmana, Ziehena, Heneberga i Kocha, Oppenheima i in. dały gruntowną podstawę do zapoznania się z nimi i wzbudziły w świecie lekarskim tem większe zainteresowanie, że chodzi tu o okolicę mózgu, dostępną dla noża chirurga i że nowotwory tu spotykane, przynajmniej w większości przypadków, należą do dobrotliwych, co czyni rokowanie po ich usunięciu tem pomyślniejszem. Nic dziwnego też, że po pracach wspomnianych ogłoszono szereg dalszych przypadków po części operowanych, po części nie operowanych, lecz nie mniej ściśle i anatomicznie badanych. Przypadki te dowiodły, że obraz kliniczny tych nowotworów wcale nie jest tak jednostajny jakby się to z pierwszych prac wydawać mogło i wykazały szereg szczegółów, które dla rozpoznania i leczenia mieć

mogą wielkie znaczenie. Z tego powodu uważamy dalsze powiększenie kazuistyki za nader pożądane i dla tego też pozwolimy sobie zakomunikować w tym miejscu kilka spostrzeganych przez nas przypadków, które znakomicie odzwierciadlają rozmaitość spotykanych nowotworów, a także dadzą nam sposobność do rozpatrzenia kilku ciekawych szczegółów w obrazie klinicznym.

Przypadek I-y. Chora P. W., 21 lat, przyjęta na oddział 30.IV.06 r.

Wywiady (od chorej): przed 10-iu miesiącami na początku ciąży (drugiej) zauważyła osłabienie prawych kończyn, równocześnie wystąpiły napady bólu głowy bez ścisłego umiejscowienia. Po odbyciu połogu przed dwoma miesiącami stan chorej pogorszył się znacznie: kończyny dolne bardziej osłabły, bóle głowy stały się częstsze i łączyły się z zawrotami głowy, nudnościami i wymiotami. Zawroty głowy występowały także niezależnie od bólów głowy przy chodzeniu, a często w pozycji poziomej. W tym czasie zauważyła też osłabienie wzroku i utratę słuchu na prawem uchu, a także uczucie zdrętwienia na prawej połowie kadłuba, głowy, twarzy oraz na prawych kończynach. Czasami występowało krótkotrwałe podwójnowidzenie. Zaburzeń przy oddawaniu moczu i stolca nie było.

Chora zamężna od 5-ciu lat. Przed 4-ma laty urodziła zdrowe dziecko. Pochodzi z rodziny zdrowej. Urazu głowy, ropotoku z ucha nie było.

Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: odżywianie dobre, w narządach wewnętrznych zmian niema. Tętno 96, prawidłowe. Ciepłota normalna.

Źrenice równe, okrągłe, na światło i przystosowanie oddziaływają dobrze.

Na dnie oka obustronna tarcza zastoinowa.

Ruchy gałek ocznych zachowane. Lekkie drgania gałek ocznych przy ruchach bocznych.

Lekki niedowład nerwu twarzowego prawego we wszystkich gałązkach: z prawej strony marszczy czoło, zamyka oczy, wyszczerza zęby gorzej niż z lewej, prawy kąt ust nieco opuszczony.

Na prawej połowie twarzy i języka znaczne osłabienie czucia dotykowego i bólowego. Brak z prawej strony odruchu z łącznicy i rogówki, jak również łechtaczkowych z nosa i uszu.

Słuch na prawem uchu zniesiony.

Język wykazuje drżenie włókienkowe; przy wysuwaniu go nie zbacza; ruchy językiem wykonywane są dobrze.

Położenie języczka, miękkiego i twardego podniebienia prawidłowe.

Mowa zmian nie przedstawia. Łykanie prawidłowe.

Kończyny górne: wszystkie ruchy wykonywa niemi dobrze. Siła mięśniowa w kończynie prawej mniejsza niż w lewej. W prawej kończynie drżenie o charakterze zamiarowym, jednakże przy próbie palcowo-nosowej trafia do celu dobrze.

Kończyny dolne: wszystkie ruchy zachowane, lecz z prawej strony wykonywane są z większym wysiłkiem. Siła mięśniowa w prawej kończynie mniejsza niż w lewej. Przy próbie piętokolanowej trafia dobrze, lecz z prawej strony po ustawieniu pięty występują wybitne wahania.

Odruchy kolanowe i ze ścięgien Achillesa wzmożone, z prawej strony bardziej niż z lewej.

Odruchy podeszwowe prawidłowe w postaci zginania palców, z prawej strony odruch nieco żywszy niż z lewej.

Objaw stopowy i Babińskiego nie otrzymuje się.

Przy chodzeniu chora powłóczy nieco prawą kończyną jednakże nie zatacza się.

Gdy chora staje z zsuniętemi stopami występują wahania już przy otwartych oczach; przy zamknięciu oczu wahania wzmagają się.

Badanie czucia nie wykazuje zmian przedmiotowych; podmiotowo chora podaje, że czuje dotyk i ukłucie na prawej połowie kabłuba i prawych kończynach gorzej niż na lewych.

Chora pozostała na oddziale do 11.V.06.

W ciągu tego czasu prócz objawów, o których już wyżej wspomniano, wystąpiły zaburzenia przy oddawaniu moczu (trudność oddawania go) oraz zaburzenia przy łykaniu twardej strawy. Drgania gałek ocznych ujawniały się przy ruchach we wszystkich kierunkach. Na lewo gałki nie dochodziły do kątów szpar ocznych. W prawych kończynach wystąpił wyraźny bezład. Bóle i zawroty głowy trwały bez zmiany. Od 11.V do 29.VIII chora leczyła się w domu.

W ciągu tego czasu bóle głowy i wymioty występowały dość rzadko. Bóle umiejscowiały się w czole i ciemieniu.

Oprócz parestezji w prawej połowie twarzy, które były już poprzednio, chora zaczęła doznawać także drętwienia w lewej połowie twarzy oraz straciła smak jedzenia. Zaburzenia przy łykaniu trwają nadal i chora ma uczucie, jakby w gardle tkwiło ciało obce, które jej przeszkadza przy łykaniu.

Przy mówieniu chora także doznaje trudności. Silne zawroty głowy przy zmianie położenia ciała. Chora zaczęła się zataczać przy chodzeniu. Wzrok pogorszył się, zwłaszcza na prawem oku.

29.VIII. Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: źrenice równe, jednakowe; na światło oddziaływają dobrze. Na dnie oka obustronna tarcza zastoinowa.

Siła wzroku na lewem oku = $^1/_{10}$, okiem prawem chora nie może policzyć palców w bezpośredniej bliskości.

Ustawienie gałek ocznych niezupełnie prawidłowe i zmienne: jednego dnia zez rozbieżny, drugiego zbieżny. Gałki poruszają się we wszystkich kierunkach, jednakże nie dochodzą do kątów szpar ocznych. Przy ruchu gałek ocznych ku dołowi występują drgania pionowe, w innych kierunkach drgania poziome.

Punkty nerwu trójdzielnego nie są na ucisk bolesne.

Czucie zniesione na twarzy z obu stron. Na języku i błonie śluzowej ust czucie z prawej strony zniesione, z lewej zachowane.

Odruchy z łącznicy i rogówki, z podniebienia, jak również łechtaczkowe z nosa i uszu zniesione.

Wybitny niedowład prawego nerwu twarzowego we wszystkich gałązkach.

Smak na całej prawej połowie języka zniesiony, z lewej strony zachowany.

Powonienie z obu stron zachowane.

Łykanie płynnej i stałej strawy utrudnione; przy łykaniu płynów chora krztusi się. Badanie krtani (kol. Lubliner) wykazało niedowład lewego nerwu zwrotnego (w okresie początkowym).

Mowa wyraźna.

Niedowład prawej kończyny górnej i dolnej: wszystkie ruchy ograniczone i wykonywane z wysiłkiem. Przy próbach palcowo-nosowej i pięto-kolanowej występuje bezład.

Lewe kończyny pod względem ruchowym normalne.

Chód chwiejny bezładny; chora szuka oparcia, przytem powłóczy prawą kończyną.

Odruchy kolanowe oba wzmożone, lewy bardziej żywy; odruchy ze ścięgien Achillesa wzmożone, jednakowe; podeszwowy z prawej strony w postaci zginania palców, z lewej nie otrzymuje się. Objawu stopowego, jak również Babińskiego niema.

Odruchów brzusznych nie otrzymuje się.

Czucie wszystkich rodzajów zachowane.

W dalszym przebiegu choroby stan pozostawał poczatkowo bez zmian. Po paru tygodniach wystąpiło podwójnowidzenie i na prawem oku ustalił się zez zbieżny. Porażenie prawego nerwu twarzowego stało się zupełnem i to nie tylko w dolnej, lecz i w górnej gałęzi.

27.IX. Dokonano nakłucia lędźwiowego i wypuszczono 20 cm. przezroczystego płynu. Wieczorem tegoż dnia ból głowy i wymioty.

28.IX. Chora uskarża się na ogólne osłabienie. Tętno 72, słabego napięcia.

29.IX. Stan ciężki. Tętno 80. Oddech 14, powierzchowny. Brzuch zapadnięty.

Chora przytomna, uskarża się na ból głowy. Głowa skręcona na prawo, przy ruchu biernym na lewo występuje silny

ból. Zez zbieżny prawego oka. Ruchy gałkami ocznemi chora wykonywa z trudem.

Odruchy kolanowe słabe, szczególniej lewy; odruchy ze ścięgien Achillesa umiarkowane; odruchów brzusznych nie otrzymuje się.

1.X. Zejście śmiertelne przy objawach zapaści.

Oględziny pośmiertne mózgu wykazały: z prawej strony w zagłębieniu półkolistem, utworzonem przez powierzchnię zewnętrzną mostu Varola i rdzenia przedłużonego oraz przez półkulę móżdżkową, mieści się guz kształtu nieprawidłowego, kulistego, wielkości jabłuszka (około 3 — 4 cm. w średnicy). Guz ten w połowie tylko siedzi w owem zagłębieniu, druga połowa wyrasta z niego. Guz oddziela się z łatwością od pnia mózgowego. Spoistości twardej, na przekroju ma barwę niejednostajną, szarawą. Badanie drobnowidzowe wykazało nerwo-włókniak (neurofibroma).

Streszczenie. U 21 letniej kobiety choroba zaczęła się od bólów i zawrotów głowy, nudności i wymiotów, wraz z osłabieniem prawych kończyn; potem następuje zmniejszenie siły wzroku, zwłaszcza na prawem oku, oraz głuchota na prawem uchu, parestezje w prawej połowie ciała, przemijające podwójne widzenie. Przedmiotowo znaleźliśmy: obustronną tarczę zastoinową, niedowład prawego n. twarzowego, zmniejszenie czucia w dziedzinie prawego n. trójdzielnego ze zniesieniem odruchu rogówkowego i łącznicowego, głuchotę na prawem uchu; bardzo lekki niedowład prawych kończyn ze wzmożeniem odruchów, podmiotowe zmniejszenie czucia na prawej połowie ciała; drżenie zamiarowe prawych kończyn, zataczanie się przy staniu z suniętemi stopami, lekkie drgania gałek ocznych przy ruchach bocznych. W dalszym przebiegu objawy wymienione wzmogły się: chora oślepła prawie zupełnie na prawe oko, niedowład n. twarzowego przeszedł w zupełny bezwład, niedowład prawych kończyn powiększył się; oprócz tego powstały nowe objawy: bezład prawych kończyn, parestezje potem znieczulenie w dziedzinie lewego n. trójdzielnego, drganie gałek ocznych, porażenie prawego n. odwodzącego i widzenie podwójne. Zejście śmiertelne wśród objawów zapaści. Oględziny pośmiertne wykazały nerwo-włókniak wielkości małego jabłka w kącie mostowo-móżdżkowym,

który uciskał w wysokim stopniu na most Varola i rdzeń przedłużony.

Objawy kliniczne odpowiadały znanej już postaci nowotworów kąta mostowo móżdżkowego: 1) objawy ogólne wzmożonego ucisku wewnątrzczaszkowego: bóle głowy, zawroty głowy, wymioty, tarcza zastoinowa; 2) objawy ze strony n. n. mózgowych położonych w tem miejscu: słuchowego, twarzowego, trójdzielnego, później także odwodzącego; 3) objawy móżdżkowe — bezład móżdżkowy, drganie gałek ocznych; 4) objawy uciskowe z mostu Varola i rdzenia przedłużonego — niedowład kończyn tej samej strony (ze wzmożonymi odruchami), lekkie zaburzenia czucia w prawej połowie ciała, być może także lekkie odstawanie gałek przy patrzeniu na lewo.

Odnośnie do tych objawów zaznaczyć musimy jeszcze co następuje: objawy ogólne uciskowe w przypadku tym wystąpiły bardzo wcześnie i były bardzo wybitne. Na obu oczach, a zwłaszcza na prawem, rozwinęło się znaczne niedowidzenie. Tak silny stopień objawów ogólnych nie jest rzeczą zwykłą w przypadkach nowotworu kąta mostowo-móżdżkowego. Chociaż w większości przypadków objawy te są dość wyraźne, co nawet ma pewne znaczenie przy różniczkowem rozpoznaniu między nowotworem kąta mostowo-móżdżkowego, a nowotworem mostu Varola, to jednak zwykle nie występują one tak wcześnie i nie są tak wybitne jak np. w nowotworach móżdżkowych (Ziehen) a najczęściej poprzedzają je objawy ze strony nerwów mózgowych a zwłaszcza n. słuchowego.

Bóle głowy chora umiejscowiała na czole i ciemieniu z jednej i drugiej strony, nie zaś jak w przypadkach Jacobsona, Gibsona, Petrina, Sternberga, Boltena, Monakowa i innych po stronie przeciwnej w stosunku do nowotworu. Na ból w potylicy chora nie uskarżała się wcale. Tarcza zastoinowa i zaburzenia wzroku były większe po stronie nowotworu, jak to już w wielu przypadkach spostrzegano.

Zaburzenia słuchowe na prawem uchu w przypadku tym powstały później nieco, po objawach ogólnych. W większości przypadków wyprzedzają one inne objawy, niekiedy jak naprzykład w jednym z naszych przypadków (zob. niżej), nawet o parę lat.

Zajęcie nn. twarzowego, trójdzielnego i odwodzącego po stronie prawej odpowiada zwykłej postaci tych nowotworów. Natomiast zaburzenia czuciowe w dziedzinie lewego, t. j. w stosunku do nowotworu przeciwległego, n. trójdzielnego zasługują na specjalne uwzględnienie. Najprawdopodobniej tłomaczą się one przesunięciem przez nowotwór mostu Varola i wynikłym ztąd przyciśnięciem lewego n. trójdzielnego do przeciwległej powierzchni podstawy czaszki. W jednym z następnych przypadków objaw ten będzie jeszcze wybitniej wyrażony. W ten sam sposób tłomaczy się także niedowład prawostronnych kończyn. Niezwykłem zjawiskiem było to, że niedowład ten, który zazwyczaj występuje dopiero w późniejszym okresie cierpienia przy silnie rozwiniętych objawach uciskowych z sąsiednich narządów, tu spostrzegany był w samym początku choroby. Wobec tego mogło nasunąć się przypuszczenie, że porażenie nie jest następstwem ucisku mostu Varola lecz zajęcia móżdżku, a mianowicie prawej połowy móżdżku. Z drugiej strony jednak należy zaznaczyć, że niedowład móżdżkowy, zresztą nie przez wszystkich autorów uznawany, nie dosięga zwykle tak wysokiego stopnia, jak w danym przypadku, że zwykle ogranicza się on do zmniejszenia siły mięśniowej i że nie towarzyszy mu zwiększenie odruchów spostrzegane (przynajmniej w początku) u naszej chorej. Dlatego sądzimy, że słuszniej jest tłomaczyć porażenie połowicze uciskiem lewej połowy mostu Varola. Objaw ten jest więc równoznaczny z zajęciem nerwów mózgowych zwłaszcza trójdzielnego i słuchowego po stronie przeciwległej w stosunku do nowotworu. Rzadkim stosunkowo objawem uciskowym ze strony pnia mózgowego są zaburzenia czuciowe na prawej połowie ciała, które tłomaczą się tak samo, jak porażenie połowicze, zresztą zaburzenia te i w tym przypadku nie dosięgły wysokiego stopnia. Przy tak olbrzymim ucisku mostu Varola i rdzenia przedłużonego, jaki widać na załączonym rysunku, (patrz str. 8) dziwić się tylko należy, że objawy uciskowe nie były bardziej wyrażone.

Przypadek II-gi. Chory N. G. 25 lat, przyjęty na oddział d. 3.II.09 r.

Wywiady. Od 6 miesięcy silne bóle głowy, głównie w lewej połowie czoła. Ból rozprzestrzenia się także na lewą po-

łowę twarzy. Najsilniejsze bóle bywają wieczorem i nocą. Oprócz tego chory uskarża się także na zawrót głowy, który czasem bywa tak silny, że chory pada, nie tracąc jednak przy tem przytomności. Przy chodzeniu chory ma uczucie, że pada na prawo. Wreszcie chory miewa bóle w karku oraz (przy chodzeniu) w kończynach dolnych. Żadnych innych zaburzeń niema, zwłaszcza brak zaburzeń wzroku, podwójnego widzenia. Kilka razy wymiotował, przypisuje to jednak zaburzeniom żołądkowym.



Przedtem był zdrów. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. W czasie służby wojskowej zaraził się tryprem; twierdzi, iż przymiotu nie przebywał. Urazu, ropotoku z ucha nie było.

Stan obecny. 4.II.09. Tętno 76, średniego napięcia. Stan odżywiania dobry. Narządy wewnętrzne zdrowe. Gruczoły szyjne i pachwinowe powiększone. Na wewnętrznej powierzchni dolnej wargi dwa małe owrzodzenia z ostrymi brzegami, które według orzeczenia specjalisty nie są pochodzenia przymiotowego. Czaszka przy opukiwaniu z lewej strony bolesna, zwłaszcza na czole. Ruchy głowy we wszystkich kierunkach wolne.

Powonienie z lewej strony zmniejszone. Siła wzroku na prawem oku normalna, na lewem zmniejszona (3/5). Badanie wziernikowe wykazuje tarczę zastoinową obustronną, z krwotokami na lewem oku; źrenice równe, oddziaływają dobrze na światło i przystosowanie. Ruchy gałek ocznych zachowane, jednak przy ruchach bocznych gałka zewnętrzna nie dochodzi do

kąta zewnętrznego szpary ocznej (np. prawa gałka przy patrzeniu na prawo). Przy krańcowych ruchach bocznych lekkie drgania gałek ocznych.

Na całej lewej połowie twarzy czucie dotykowe zniesione; czucie bólowe i cieplikowe zniesione w obrębie 1-ej gałęzi n. trójdzielnego, zmniejszone w obrębie 2-ej i 3-ej gałęzi. Oprócz tego anestezja i analgezja na prawej połowie języka, dziąsłach, błonie śluzowej ust. Punkty n. trójdzielnego przy ucisku nie bolesne. Odruchy łącznicowe i rogówkowe na lewej stronie zniesione, na prawej zachowane.

Lekka asymetrja twarzy: lewa połowa lekko spłaszczona, lewy fałd nosowargowy płytszy od prawego, natomiast lewe oko nieco mniejsze od prawego. Marszczenie czoła, zamykanie oczu na obu stronach równe; przy pokazywaniu zębów lewy kąt ust podnosi się mniej, fałd nosowargowy mniej się uwydatnia. Słuch na lewem uchu zmniejszony; dokładne badanie (kol. Lubliner) wykazuje, że zaburzenia słuchowe nie pochodzą z cierpienia ucha środkowego, lecz z nerwu słuchowego, ośrodków słuchowych lub błędnika. Brak zaburzeń przy łykaniu i przy mówieniu. Nienasycony głód i pragnienie; oprócz własnej porcji chory zjada resztki pozostałe u innych chorych; może naraz zjeść 16 bułek. Mocz ilościowo zwiększony, nie zawiera ani białka ani cukru.

Język przy wysuwaniu zbacza nieco na prawo, w ustach ma położenie normalne.

Kończyny górne i dolne ruchowo normalne; brak bezładu, drżenia; napięcie normalne. Odruchy kolanowe nieco zwiększone, inne odruchy ścięgnowe normalne. Odruchy podeszwowe normalne, tak samo odruchy brzuszne i jądrowe. Chód prawidłowy, Romberg ujemny, czucie na kadłubie i kończynach normalne.

S t r e s z c z e n i e. 25 letni mężczyzna od pół roku miewa bóle głowy, głównie w lewej połowie czoła, zawroty głowy w połączeniu z mniemaniem, że pada na prawo, ból w karku. Kilkakrotnie wymiotował. Przedmiotowo znaleźliśmy obustronną tarczę zastoinową ze zmniejszeniem siły wzroku na lewem oku, bolesność przy opukiwaniu lewej połowy czoła. Głuchota na lewem uchu pochodzenia ośrodkowego. Anestezja w dziedzinie lewego n. twarzowego (w połączeniu z lekkim przykurczeniem lewego mięśnia okrężnego oka). Nienasycony głód i pragnienie. Etjologja niewiadoma, zwłaszcza brak danych dla gruźlicy i przymiotu (Wasserman ujemny).

Mieliśmy więc z jednej strony objawy, wskazujące na

wzmożenie ucisku wewnątrzczaszkowego, najprawdopodobniej spowodowane przez nowotwór mózgu, z drugiej strony objawy porażenia nn. trójdzielnego, twarzowego i słuchowego (ślimakowego i przedsionkowego), które wskazywały na umiejscowienie nowotworu w tylnej jamie czaszkowej a mianowicie w kącie mostowo-móżdżkowym. Wybitnych objawów ucisku na móżdżek lub most Varola brak było w tym okresie; jako słabą wskazówkę w tym względzie uważać mogliśmy, lekkie zresztą, odstawanie gałek ocznych przy patrzeniu w kierunkach bocznych, wraz z nieznacznemi drganiami gałek ocznych spostrzeganemi przy ruchach krańcowych gałek a także (jako objawy ze strony rdzenia przedłużonego) nienasycony głód i pragnienie.

Odnośnie do rodzaju nowotworu mogliśmy tylko stwierdzić, że na skórze chorego nie było żadnych nowotworów, a zwłaszcza włókniaków skórnych, że zatem nowotwór mózgowy nie był wyrazem ogólnej neurofibromatozy i dalej, że nowotwór ten w ciągu krótkiego czasu dał bardzo wybitne objawy, a zatem przypuścić należało nowotwór złośliwy prawdopodobnie mięsak.

Dalszy przebieg choroby był następujący:

12.II. Bóle głowy są od przybycia do szpitala bardzo silne, występują napadowo, umiejscawiają się najczęściej w lewej połowie czoła. Dziś w nocy ból był tak silny, że chory głośno krzyczał i drżał na całem ciele. Nie wymiotował. Przy opukiwaniu prawa połowa czoła jest więcej bolesna; chód prawidłowy, jednak chory utrzymuje, że ma przy chodzeniu uczucie. że pada na prawo.

14.II. Wieczorem przy piciu herbaty wystąpił napad; choremu się zrobiło źle i zawróciło w głowie, nie mógł się utrzymać na nogach, musiał się położyć. Nastąpiły drgawki w kończynach górnych i dolnych, potem kadłub i kończyny zesztywniały. Napad trwał kilka minut, przytomność zachowana, chory sam opowiada przebieg napadu. W końcu napadu obfite wymioty. Po pół godz. napad się powtórzył w tej samej postaci.

15.II. W stanie chorego zaszła zmiana ku gorszemu: przy chodzeniu powłóczy lewą kończyną dolną, napięcie mięśniowe w tej kończynie zwiększone, odruchy ścięgnowe zwiększone, objaw Babińskiego po stronie lewej. Pod względem psychicz-

nym wybitna euforia: chory ze swego stanu bardzo zadowolony, bawi otoczenie, dowcipkuje, tańczy.

W dalszym przebiegu zauważono zmiany w unerwieniu twarzy; zamiast niedowładu z lewej strony coraz bardziej uwydatnia się przykurczenie: lewa szpara oczna stała się jeszcze węższą, lewy fałd nosowargowy zagłębił się, lewy kąt ust stanął wyżej od prawego. Oprócz objawów już wyżej wymienionych notowano silny ślinotok (wcierania szaruchy!) oraz krwotoki z nosa, nieraz tak silne, że trzeba było nos tamponować. Badanie jam nosowych (kol. Lubliner) wykazało zupełne zciemnienie jamy Highmora z obu stron (projektowanego nakłucia niestety nie zrobiono). Chory uskarża się często na zawroty głowy; zawrót przychodzi napadowo, nagle, tak, że chory zatacza się, lub pada. Przytem ma niekiedy silny niepokój, wydaje mu się, że musi umrzeć. Kierunek zawrotu głowy nie był stały, najczęściej zdawało mu się, że pada na prawo. Napady trwały krótko i nie łączyły się ani z bólami głowy, ani z wymiotami. Tętno nie było zwolnione.

W połowie marca w stanie chorego zaszła ponowna zmiana: stał się poważny, smutny i zaczął jaknajsumienniej wykonywać różne praktyki religijne. Twierdzi, że dotychczas prowadził życie nienormalne, grzeszne i że nie był dość pobożny. Wiedząc, że niedługo umrze i stanie przed sądem najwyższym, chce odpokutować swe grzechy. Nie mając do tego innej sposobności, chory zaczął usługiwać innym chorym, wyręczał posługacza nie tylko na swej sali, ale i na innych, podejmował się najcięższej roboty. W ten sposób, krzątając się około chorych spędzał, pomimo naszych nawoływań, całe noce. Oprócz tego modlił się dużo, choć nie umiał nawet dobrze czytać. Gdy go pytano, dlaczego nie kładzie się spać, odpowiadał: tak mi każe Pan Bóg. Żałował bardzo, że nie może zostać posługaczem (ponieważ pochodził z rodu „kapłanów“).

W połowie maja wystąpiły zaburzenia przy łykaniu, najpierw tylko przy łykaniu stałych potraw. Zawroty głowy trwały nadal, chory często padał i nawet sobie przy tem raz pokaleczył głowę.

Przy chodzeniu zatacza się. Również, stojąc z zsuniętemi stopami, chwieje się. Drżenie gałek ocznych przy patrzeniu

na prawo i do góry. Oddziaływanie źrenic na światło słabe (15 maja chory przedstawiony był w Warszawskiem T. Lekarskiem).

30.V. Przy chodzeniu zatacza się coraz bardziej, pada najczęściej na lewo. Przy obracaniu się również zatacza się na lewo. Chodzi małymi kroczkami. Niedowład lewej kończyny dolnej bardziej posunięty. Napięcie mięśni w lewych kończynach zwiększone, odruchy większe niż po stronie prawej; Babiński lewostronny.

31.V. Tętno 60. Chory ma silny zawrót głowy; siada, ale stanąć nie może. Leży apatycznie, jednakże od czasu do czasu śpiewa piosnki religijne; mówi mało; mowa, opuszkowa, niezrozumiała. Silne drżenie gałek ocznych przy patrzeniu we wszystkich kierunkach, najbardziej na lewo; tak samo przy patrzeniu na przedmioty blizkie.

3.VI. Chodzi znów lepiej. Zrywa się z łóżka i idzie przed siebie bez celu. Śpiewa. Zaburzenia przy łykaniu wybitne.

4.VI. Dziś rano przy jedzeniu bułki napad: stracił przytomność, oddychał słabo; wyjęto mu bułkę z gardła, utrata przytomności trwała nadal. Tętno nie wyczuwalne. Drgawki kloniczne w lewych kończynach, prawe pozostają nieruchome.

W czasie wizyty lekarskiej utrata przytomności trwa, chory nie oddziaływa na bodźce, oddaje mocz pod siebie. Oddech płytki, świszczący. Tętno 116, słabe napięcie. Żrenice rozszerzone; bardzo słabo oddziaływają na światło. Ślinotok. Kadłub i kończyny sztywne, tonicznie napięte. Opistho i emprosthotonus, głowa skręcona na prawo. O 2-ej po południu przytomność zaczęła wracać. Chory zaczął dowolnie poruszać kończynami. Mowa z trudnością zrozumiała; pyta posługaczy, czy będzie żył, potem śpiewa.

5.VI. Chory przytomny, poznaje otoczenie, rozmawia, śpiewa, śmieje się. Wstał z łóżka, żąda jedzenia, idzie do innych chorych po bułki. Źrenice rozszerzone, na światło oddziaływają. Mowa utrudniona. Napięcie mięśni z lewej strony większe. Dziś rano przy piciu kawy ponowny napad, jednakże krótszy niż wczorajszy.

8.VI. Chory zostaje przeniesiony na oddział chirurgiczny kol. Oderfelda.

10.VI. Operacja pod uśpieniem eterowo-chloroformo-

wem. Operacja wykonana według sposobu F e d o r a K r a u s e-go. Po obkłuciu płata, mającego być wykrojonym (szew Haidenhaina), zrobiono cięcie, którego górna granica sięgała 1 cm. powyżej wygórowania potylicznego zewnętrznego i szła w postaci łuku ku zewnątrz, aż mniej więcej na 2 cm. na wewnątrz od wyrostka sutkowego. Ku wewnątrz cięcie to przechodziło po za linją środkową (ażeby dać możność obnażenia także prawej połowy kuli móżdżku) a ztąd kierowało się pionowo na dół. Boczne cięcie przeprowadzono na pół cm. na wewnątrz od wyrostka sutkowego. Przy dokonaniu tego ostatniego cięcia powstał silny krwotok z emissarium Santorini, który dopiero po długich usiłowaniach udało się zatrzymać, wprowadzając kilka drewienek od zapałek. Założono za pomocą frezy Doyena po jednym otworze na krańcach płata i po jednym w środkowych częściach cięć pionowych. Poprzeczne mosty przepiłowano z początku za pomocą frezy Sudecka, potem (ponieważ elektromotor przestał działać i szczypcami Dahlgrena nie udawało się uchwycić kości, w tym miejscu bardzo grubej) przebito ostrożnie dłutkiem. Wtedy płat kostnoskórny udało się z łatwością podważyć i u podstawy przełamać. Okazało się, że płat odłamano w obrębie dziury wielkiej (foramen magnum). Ażeby płat bardziej odchylić wypadło przeciąć ku dołowi mięśnie karku. Brzegi kości odcięto szczypcami Luera tak, że uwidocznione zostały zatoki poprzeczna i esowata (sinus transversus et sigmoideus) i oba płaty móżdżku. Płat z powrotem gęsto przyszyto.

19.VI. Chory zupełnie przytomny. Bólów głowy niema. Kilka razy dziennie krótkie n a p a d y z utratą przytomności, z tonicznymi kurczami całego ciała. Chód chwiejny. Niedowład n. twarzowego bardziej wyraźny. Drżenie gałek ocznych we wszystkich kierunkach i przy patrzeniu na przedmioty blizkie. Objawy z n. trójdzielnego jak przedtem. Objaw stopowy i Babińskiego z obu stron, z lewej wyraźniejszy.

22.VI. D r u g i a k t o p e r a c j i. Cięcie w linji szwu płata. Wobec tego, że płat wraz z kością nie daje się w zupełności odchylić i kość mogłaby stanowić przeszkodę przy manipulacjach następnych, kość usunięto. Nacięcie opon twardych i wprowadzenie żłobowanej zondy, po której przecięto oponę twardą w postaci 4-bocznego płata; przytem zraniono w jednym miejscu zatokę poprzeczną, którą wobec tego obkłuto i zatamowano krwa-

wienie. Móżdżek w znacznej części wypadł zwłaszcza gdy usiłowano wzdłuż zewnętrznej powierzchni jego wprowadzić szpatel Krauzego.

Wobec tego odcięto kawałek półkuli móżdżkowej (podług Fraziera). Przy uchyleniu pozostałej części móżdżku zbadano okiem i palcem głębszą warstwę, jednakże nowotworu nie znaleziono.

23.VI. Chory stęka, chwyta się za głowę. Tętno słabe, częste. Sinica twarzy. Obrzęk płuc. Ustawienie gałek ocznych nieprawidłowe. Lewa gałka stoi niżej, prawa zbacza na zewnątrz. Chory porusza tylko prawemi kończynami, lewe są nieruchome. Objaw stopowy słaby, Babińskiego niewyraźny. O 11-ej wieczorem zejście śmiertelne.

Oględziny pośmiertne mózgu wykazały co następuje: zawoje mózgu spłaszczone, komory w niewielkim stopniu rozszerzone. Lewa półkula móżdżku zniszczona. Lewa połowa mostu Varola w części średniej i obwodowej wgłębiona, rdzeń przedłużony nie uciśnięty. Zagłębienie zajęte przez guz nieprawidłowego kształtu o powierzchni nierównej z wygurowaniami, o spoistości twardej. Guz jest przykryty błoną, jakby otorbiony, oddziela się z łatwością od pnia mózgowego. Od kąta mostowo-móżdżkowego guz wyrasta ku przodowi i nieco ku zewnątrz do średniej jamy czaszkowej, pomiędzy wyrostkami klinowymi a kością skalistą. Tu guz przedstawia się w postaci jednolitej masy, wydłużonej od tyłu ku przodowi, szerokości około 3—4 cm. o powierzchni również nierównej, przykryty taką samą błoną jak i tylna część guza, prawdopobobnie oponą twardą. W części przedniej powierzchni guza wystaje większy guzik wielkości ziarnka grochu i mniejszy wielkości łebka szpilki. Guz nie daje się oddzielić od podstawy średniej jamy czaszkowej. Spoistość guza i w tej części twarda, prawie jednolita. Ze średniej jamy czaszkowej guz wyrasta na zewnątrz ku jamie klinowo-szczękowej (Fossa-spheno maxillaris) i ztąd już w całości wyłuszczyć się nie dał. Badanie drobnowidzowe wykazało mięsak.

Mamy więc przypadek mięsaka wychodzącego z opony twardej. Ponieważ pierwsze objawy wskazywały na tylną jamę czaszkową i nowotwór w kącie mostowo-móżdżkowym doszedł do największych rozmiarów, musimy przypuścić, że nowotwór po-

czątkowo w tym miejscu powstał a ztąd dopiero rozprzestrzenił się na średnią jamę czaszkową i jamę klinowo-szczękową.

Objawy kliniczne i w dalszym przebiegu ograniczały się głownie do narządów tylnej jamy czaszkowej. Objawów, któreby wskazywały na średnią jamę czaszkową — objawów ucisku na nerwy mięśni ocznych, na lewy zraz skroniowy — nie było. Uporczywe krwawienie z nosa oraz zaciemnienie jamy Highmora (co prawda obustronne) było być może w związku z rozprzestrzenieniem się sprawy w kierunku jamy klinowo-szczękowej; nakłucia jamy, które by mogło sprawę wyświetlić, niestety nie zrobiono.

Objawy z kąta mostowo-móżdżkowego, spostrzegane w dalszym przebiegu choroby, były bardzo interesujące. Wyżej nadmieniono już, że z nerwów mózgowych zajęte były nn. słuchowy, trójdzielny i twarzowy. Ze strony nerwów ślimakowego i trójdzielnego spostrzegano tylko objawy poraźne, nie było zaś objawów podrażnienia—szumu w uszach, parestezji i bólów twarzy, spotykanych w większości przypadków. Niepospolite było zachowanie się n. twarzowego. Nerw ten w wielu przypadkach nowotworów kąta mostowo-móżdżkowego pozostaje wolny (Stevens, Hubrich), lub jest w słabym stopniu dotknięty, przyczem spostrzega się objawy porażenia albo podrażnienia. W naszym przypadku jedne i drugie objawy istniały współcześnie: w początku lewa połowa twarzy była w dolnej części słabiej unerwiona, w mięśniu okrężnym oka natomiast znajdowaliśmy kurcz, wskutek czego lewe oko było zmniejszone. Potem objawy podrażnienia przeważały i w dolnej połowie twarzy, kąt ust stanął wyżej, fałd nosowargowy zagłębił się i t. d.

Co się tyczy n. przedsionkowego, to już przy wstąpieniu chorego do szpitala znaleźliśmy objawy, które nań wskazywały: chory uskarżał się wówczas na zawroty głowy, czasami tak silne, że chory padał; przy chodzeniu miał on uczucie, że pada na prawo, zawroty nie ustępowały i potem przychodziły napadowo nagle i łączyły się z nieokreślonym lękiem, choremu wydawało się, że umiera. Zawrót nieraz przychodził tak nagle, że chory, padając, kaleczył się. Kierunek, w którym zdawało mu się, że padał, nie był stały: najczęściej padał na prawo, t. j. ku stronie przeciwnej w stosunku do nowotworu.

Widzimy z tego, że w danym przypadku kierunek mnie-

manego ruchu ciała nie odpowiada wcale prawu podanemu przez Graingera, Stewarta i Holmesa, podług którego przy ogniskach zewnątrzmóżdżkowych choremu wydaje się, że ciało obraca się od strony zdrowej ku chorej (wbrew pozornemu ruchowi przedmiotów), gdy natomiast przy ogniskach wewnątrzmóżdżkowych ciało obraca się od strony chorej ku zdrowej (w tym samym kierunku, co i przedmioty). Inni autorzy (Bruns, Oppenheim i in.) stwierdzili również, że prawo to nie sprawdza się w wielu przypadkach nowotworów mostowo-móżdżkowych i niema zatem pewnego znaczenia rozpoznawczego. Również nie sprawdza się ono i w cierpieniach wewnątrzmóżdżkowych, jak tego dowiodły np. spostrzeżenia Homburgera i Brodnitza.

Na uwagę zasługują dalej spostrzegane u naszego chorego ciężkie napady; zaczynały się one od silnego zawrotu głowy i nudności, potem następowały kloniczne i następnie toniczne drgawki w kończynach i kadłubie; w końcu chory obficie wymiotował. Przytomność w pierwszym takim napadzie była zachowana; w późniejszych (w czerwcu) przytomność znikała już w samym początku napadu, źrenice nie oddziaływały, oddech był powolny, świszczący, chory oddawał mocz pod siebie. W tym napadzie również występowały kurcze kloniczne i toniczne. Pierwsze ograniczały się do kończyn lewostronnych. Utrata przytomności w pierwszym napadzie trwała około 6 godzin*). Lżejsze napady, które spostrzegano między pierwszym a drugim aktem operacji, trwały krótko, łączyły się jednak również z utratą przytomności i kurczami tonicznymi.

Ziehen niedawno zwrócił uwagę na postać napadów mało jeszcze znaną, które spostrzega się w przypadkach nowotworów tylnej jamy czaszkowej i które nazywa napadami przedsionkowymi (Vestibularanfälle). Napady te, według jego opisu, cechują objawy następujące: silny zawrót głowy i bezład przedsionkowy; drżenie gałek ocznych; silny ból głowy — ciągnący do karku; wreszcie objawy niestałe — podmiotowy szum

*) Napad ten nader ciężki otoczenie uważało za następstwo udławienia się bułką. Objawy jednak trwały jeszcze bardzo długo po wyjęciu bułki z gardła. Bądź co bądź jednak godnem jest uwagi, że ten napad i kilka innych wystąpiły w czasie jedzenia.

w uszach, wymioty, podwójne widzenie, niedowidzenie, w napadach cięższych utrata przytomności. Rzadko widzi się objawy podrażnienia ruchowego — kloniczny skręcz szyi (torticollis), kloniczne, rzadziej toniczne drgawki tej samej lub obu połów ciała. Co się tyczy tłomaczenia tych napadów, to Ziehen rozważa 4 możliwości: 1) napady są podobne do napadów Menière'owskich, powstają jednak nie w błędniku, lecz więcej dośrodkowo, między błędnikiem a mózgiem; 2) napady powstają przez podrażnienie (ucisk) torów n. przedsionkowego, które zostaje przeniesione na ośrodki jego (np. w móżdżku) i powoduje (przy sumacji pobudzeń) wyładowanie ich, którego wyrazem są właśnie owe napady; 3) napady powstają przez ucisk na tętnice zaopatrujące ośrodki n. przedsionkowego (a. cerebelli inf. ant., a. auditiva) albo 4) przez uciskanie splotu naczyniowego bocznego (plexus chorioidei lat.) 4-ej komory i zastoinę płynu mózgowo-rdzeniowego. Podobne napady opisywali (podług Ziehena) Frenkel i Hunt oraz Dana (pod nazwą „cerebellar seizures").

Napady spostrzegane u naszego chorego są w każdym razie pokrewne z powyżej opisanymi, choć różnią się one od nich w kilku szczegółach. Mieliśmy silny zawrót głowy, bezład móżdżkowy i wymioty, brak było zaś bólu głowy, podwójnego widzenia, szumów. Drżenie gałek ocznych w tym okresie było u chorego objawem stałym. Głównym objawem była utrata przytomności i objawy podrażnienia ruchowego, przyczem drgania kloniczne ograniczały się do kończyn strony jednoimiennej (z nowotworem).

Poświęciwszy nieco więcej miejsca opisowi tych ciekawych napadów, uważamy jednak za zbyteczne rozwodzić się nad tem, w których ośrodkach napady te powstawały, czy np. głównie w móżdżku, czy też w ośrodku n. przedsionkowego w rdzeniu przedłużonym, oraz która z wymienionych przez Ziehena możliwości da się do nich najlepiej zastosować, gdyż w sprawie tej nie możemy posunąć się po za przypuszczenia. Pragniemy tylko zaznaczyć tę okoliczność (i zwracamy na nią uwagę późniejszych badaczy), że zaraz po pierwszym ciężkim napadzie w stanie chorego nastąpiło znaczne pogorszenie, ktorego wyrazem były większe objawy podrażnienia n. twarzowego, niedowład kończyny dolnej jednoimiennej i zmiana nastroju psychicznego. Porażenie kończyny dolnej łączyło się z zwiększeniem odruchów

i napięcia mięśni oraz objawem Babińskiego; najprawdopodobniej więc odnieść je należy do zajęcia toru piramidowego. Ponieważ porażenie dotyczyło kończyny lewej (jednoimiennej w stosunku do nowotworu), przypuścić musimy zajęcie prawego toru piramidowego powyżej skrzyżowania, przez przyciśnięcie prawej połowy pnia mózgowego do kości podstawy czaszki, lub też zajęcie tegoż toru poniżej skrzyżowania w obrębie lewej połowy rdzenia przedłużonego. To ostatnie przypuszczenie jest prawdopodobniejsze, tym bardziej, że w dalszym przebiegu przyłączyły się jeszcze inne objawy zajęcia rdzenia przedłużonego — zaburzenia przy łykaniu i mowa opuszkowa.

Nieco szczegółowiej rozpatrzeć wypada zaburzenia psychiczne, spostrzegane u naszego chorego. Przy wstąpieniu do szpitala zachowanie jego było normalne, inteligencja średnia.

W połowie lutego, wkrótce po pierwszym napadzie, stan psychiczny zmienia się wybitnie: występuje euforia, chory dowcipkuje, tańczy, bawi całą salę. W tym okresie jego stan psychiczny przypomina bardzo t. zw. „moria“. Po krótkim czasie jednak następuje ponowna zmiana w postaci wyraźnego obłędu religijnego: chory utrzymuje, że przedtem prowadził życie nienormalne, grzeszne, że musi je odpokutować, tymbardziej że wkrótce umrze i stanie przed sądem Najwyższego; dlatego musi się dużo modlić i spełniać dobre uczynki. Sposób jego zachowania się odpowiada tym urojeniom: pomimo swej ciężkiej choroby, chory całemi dniami i nocami usługiwał innym chorym, nie spał, nie gardził najcięższą robotą, modlił się i t. d.

Zaburzenia psychiczne wogóle występują w obrazie klinicznym nowotworów kąta mostowo-móżdżkowego stosunkowo rzadko. Pomijając apatję i senność, spostrzegane u wszystkich chorych dotkniętych nowotworem mózgu, w przypadkach tych osobliwości psychiczne występują, zdaniem Henneberg'a i Koch'a, dość rzadko. Autorowie ci w jednym przypadku spostrzegali wesołość i skłonność do dowcipkowania, podobnie jak to miało miejsce w pierwszym okresie u naszego chorego. To samo spostrzegał Westphal w jednym przypadku. Bartholow widział stan pobudzenia w połączeniu z napadami padaczkowymi, Stevens — dziecinne zachowanie się, Jacobson — otępienie, Monakow — stan przygnębienia, który doprowadził chorego do samobójstwa. Ziehen spostrzegał w jednym przypad-

ku ciężki obłęd (delirium) z silnem pobudzeniem, lękiem, dezorjentacją, omamami wzroku. Stan był bardzo podobny do obłędu pijackiego (delirium tremens). Westphal również opisał dwa przypadki z ostrym obłędem (delirium acutum) w postaci silnego pobudzenia ruchowego i dezorjentacji. W. zwraca uwagę, że takie zaburzenia psychiczne wraz z przymiotem w wywiadach, zaburzeniami mowy, porażeniem twarzy, brakiem odruchów, zmylić mogą rozpoznanie w kierunku paraliżu postępującego. Paraliż postępujący rozpoznano także początkowo w przypadku Marchanda; chory miewał urojenia prześladowcze, omamy wzrokowe, myśli o samobójstwie. W dalszym przebiegu uwydatniły się objawy nowotworu kąta mostowo - móżdżkowego. W kilku przypadkach (pierwszy przypadek Westphala, przypadek Jacksona i Raymonda, Siemerlinga) zmieniały się okresy silnego pobudzenia z okresami wolnymi. Również Lüderitz i Drozda (podług Schustra) opisali w przypadku nowotworu kąta mostowo-móżdżkowego okresowo zmieniające się stany pobudzenia i przygnębienia. U naszego chorego spostrzeżono także, jak już nadmieniono, 2 okresy, z których pierwszy miał wszelkie cechy stanu hypomanicznego, 2-gi zaś zbliżał się do stanu depresyjnego. Okres hypomaniczny odpowiadał postaci t. zw. moria z euforją i skłonnością do dowcipkowania, które spostrzegamy najczęściej w przypadkach nowotworu zrazu czołowego, ale także i przy innem umiejscowieniu w półkulach mózgowych, głębszych częściach mózgowia i móżdżku (np. przypadek Imermana). Drugi okres przedstawiał obraz podobny do przewlekłego obłąkania, a mianowicie do obłąkania religijnego (religiöse Form der Paranoia). Krótką notatkę o postaci podobnej „ekstazy religijnej" w przypadku nowotworu móżdżkowego znajdujemy u Szustra (przypadek Retziusa).

Na zakończenie kilka słów o zmianach anatomicznych. Znaleźliśmy nowotwór w kącie mostowo-móżdżkowym, wychodzący z opony twardej, który pomiędzy nią a podstawą czaszki wyrastał ku przodowi do średniej jamy czaszkowej i dalej do jamy klinowo-szczękowej. Widzimy więc, że nowotwór tak olbrzymich rozmiarów dać może objawy li tylko nowotworu kąta mostowo-móżdżkowego. Podobnych spostrzeżeń spotykamy w piśmiennictwie bardzo mało. Henneberg i Koch wspominają o tem, że mięsaki kostne

(osteosarcomata), wychodzące z kości skalistej, oraz mięsaki i piaszczaki (psammomata), wychodzące z opony twardej w okolicy tejże kości dać mogą obraz kliniczny taki sam, jak nowotwory, powstające w kącie mostowo-móżdżkowym, nie wymieniają jednak odpowiednich przykładów. Funkenstein przytacza przypadek Festera i Gomperza — fibropsammoma wychodzące z opony twardej kości skalistej. Weisenburg donosił o dwóch przypadkach nowotworów wychodzących z okostny kości średniej i tylnej jamy czaszkowej. Wreszcie podobny przypadek przedstawił w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem Koelichen.

O MYOKLONJI OBJAWOWEJ W CIERPIENIACH ORGANICZNYCH OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO U DZIECI.

podali

E. FLATAU i WŁ. STERLING.

(Dokończenie).

Po ukończeniu tej pracy mieliśmy możność spostrzegania dwóch innych przypadków cierpienia ośrodkowego u dzieci, w których również wystąpiły drgawki myokloniczne, jako jeden z objawów chorobowych. Jeden z tych przypadków był analogiczny do opisanego powyżej pod względem patogenezy, t. j. przedstawiał postać zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (ropną). W przypadku tym mieliśmy sposobność spostrzegać po raz pierwszy objaw ze strony gałek ocznych, którego opis dokładny podajemy poniżej. Drugi zaś odbiegał zasadniczo od tych przypadków, stanowił bowiem przypadek idyotyzmu amaurotycznego rodzinnego czyli tak zwanej choroby Tay-Sachs'a.

Przypadek II. Meningitis purulenta et myoclonia symptomatica. Ł. M. dziewczynka w wieku 1 r. 8 mies. jest trzeciem dzieckiem z rzędu.

Dziecko urodziło się normalnie, rozwijało się dobrze (miało tylko ropienie z oczu), zaczęło chodzić kiedy miało 9 miesięcy. 5 tygodni temu dostało silnej gorączki, tego samego dnia wystąpiły drgawki całego ciała, na plecach wystąpiły wielkie sine plamy. Wymiotów ani żadnych zaburzeń kiszkowych nie było. Przez cały czas była silna gorączka, dziecko stało się kapryśne i małomówne. Po 2 tygodniach od początku choroby rozpoczęły się wymioty, które powtarzały się po 5 — 6 razy dziennie. Od czasu wystąpienia choroby dziecko trzyma główkę przegiętą ku tyłowi. Przed tygodniem zauważyła matka, że dziecko nie widzi. W pierw-

szych dniach choroby prawa kończyna dolna podobno stale była zgięta w stawie kolanowym i biodrowym, po kilku dniach jednak stan ten minął. Na czole już w szpitalu wystąpiło stwardnienie wielkości orzecha laskowego z zaczerwienieniem skóry. Takie same wzniesienie widać na lewym pośladku i w okolicy krętarza wielkiego (trochanter major). Przed chorobą dziecko wymawiało wiele wyrazów, od czasu zaś choroby nie mówi nic prócz „nie“ i „tak“.

Stan obecny. 15.X.10. Dziecko bardzo blade, wychudzone, główkę trzyma odciągniętą ku tyłowi, przy próbie pochylenia jej ku przodowi napotyka się duży opór, przytem dziecko płacze.

Na czole widać duże wzniesienie wielkości orzecha laskowego, skóra naciągnięta, blada, tylko na samym wierzchołku zaczerwienienie i żółta plamka. Wzniesienie to jest bolesne; przy ucisku wydziela się nieco ropy.

W obrębie mięśni twarzy porażeń nie widać, oczy otwiera i zamyka dobrze. Źrenice bardzo szerokie, prawa szersza od lewej, obie zupełnie nie oddziaływają na światło.

Badanie wziernikiem dało obraz następujący: prawa tarcza nieco blada, naczynia szerokie; lewa nieco mniej blada, naczynia również szerokie; granice obu tarcz zupełnie ostre.

Dziecko, o ile się zdaje, zupełnie nie widzi.

Odruch z rogówki zachowany.

Dziecko leży prawie stale w jednej pozycji: główka przechylona w tył, kręgosłup dość sztywny, kończyny górne zlekka zgięte we wszystkich stawach i przyciągnięte do tułowia; kończyny nie są przytem zaciśnięte kurczowo, z opisanej pozycji łatwo je wyprowadzić, przyczem nie wyczuwa się wzmożonego napięcia mięśni. Kończyny dolne zgięte są w stawach biodrowym i kolanowym i wyprowadzić je z tej pozycji udaje się tylko przy użyciu pewnej siły, przyczem wyprostowanie bierne wywołuje ból.

Wyraźny objaw Kernig'a.

Ruchy dowolne we wszystkich kończynach są zachowane: dziecko podnosi rączki do góry, posługuje się niemi, żeby podrapać się w głowę, odepchnąć rękę lekarza, bierze w rękę kawałek bułki i podnosi go do ust i t. d.

Zaznaczyć należy, że prócz tych dowolnych ruchów mięśni istnieje cały szereg samoistnych ruchów o charakterze drgań myoklonicznych, a po części zamiarowych. Niektóre z tych drgań mięśniowych nie wywołują efektu ruchowego: jest to jakby podskórne falowanie włókien mięśniowych. Głównie widocznem jest ono w mięśniach twarzy i w mięśniu piersiowym. Inna natomiast kategorja tych ruchów wywołuje efekt ruchowy i powoduje następujący szereg ruchów: błyskawicznie szybkie uniesienie kącika ust, ściągnięcie warg, drgnięcie policzka lub uniesienie brwi. W kończynach górnych spostrzegamy stałe ru-

chy dające się do pewnego stopnia porównać do drżenia przedmiotu umieszczonego na bardzo elastycznej sprężynie. O ile dziecko porusza kończyną — drganie te staje się daleko intensywniejsze i rączka w ruchu swym przypomina drżenie zamiarowe w stwardnieniu rozsianem lub też drżenie przy t. zw. „Schütteltremor“. Czasem cała kończyna z ramieniem i przedramieniem zbliża i oddala się od tułowia ruchem szybkim i bardzo drobnym, przeważnie jednak porusza się dłoń (zginanie i rozginanie, rzadziej zwracanie na wewnątrz i na zewnątrz), najbardziej niespokojne są palce dłoni: drżą one nieustannie, lecz przeważnie nie wszystkie równocześnie, lecz to jeden, to drugi — to wreszcie kilka naraz. Drżenie to odbywa się przeważnie w kierunku zginania i rozginania. Do ruchów tych dołącza się często odwodzenie, przywodzenie palucha, ruch ten jednak nie ma charakteru atetotycznego, lecz przypomina raczej pląsawiczy. Jak zaznaczono już — ruchy te są prawie stałe—trzeba pilnie śledzić, aby uchwycić moment absolutnego spokoju.

Niepokój kończyn dolnych jest mniejszy. W palcach stóp, w stawach skokowych i kolanowych nie widać żadnych ruchów, natomiast w stawach biodrowych kończyny ciągle poruszają się w kierunku doprowadzania i odprowadzania. Ruch ten ma taki sam charakter jak wyżej opisane ruchy mięśni kończyn górnych: jest on niezmiernie szybki, ma niewielki lecz niezmiennie stały rozmiar i sprawia wrażenie jakby stale pozostawał w tem samem napięciu ani nie wyczerpując się ani nie potęgując się. Wszystkie powyższe ruchy mimowolne wzmagają się podczas obawy, płaczu i dowolnego poruszania się.

Odruchy z mięśnia trójgłowego i okostnowe obustronnie żywe, toż samo kolanowe i z ścięgien Achillesa. Brzusznych nie udaje się wywołać. Objawu Babińskiego niema.

Czucie wydaje się zachowane dobrze: dziecko cofa nóżki przy ukłuciu, rączką odpycha szpilkę, płacze.

Kręgosłup sztywny — podtrzymując głowę, można dziecko unieść jak kloc.

Dziecko jest zupełnie przytomne, mówi wprawdzie bardzo niewiele, lecz odpowiada na zapytania, czy chce jeść. Pokarmy płynne przyjmuje, ale po każdym wymiotuje. Głos podczas płaczu jest drżący, widać przy tem ruchy w języku o charakterze również kloniczo-wibrującym. Tętno 156. Oddech 48.

Na specjalne zaznaczenie zasługuje objaw, który spostrzegaliśmy ze strony gałek ocznych podczas mrugania lub opuszczania powiek. Przy każdem mianowicie mruganiu występuje odrębny rodzaj drżenia obu gałek ocznych: po kilku szybkich wibrujących drgnięciach, które przypominają trzepotanie ptaka, gałki ustawiają się nieruchomo aż do następnego aktu drgania. Objaw ten jest absolutnie stały, natomiast nie stwierdziliśmy, ażeby występował samoistnie bez mrugania. Jeżeli bliżej analizować ten

rodzaj drżenia, to widać, że obie gałki oczne wibrują w linji poziomej, przyczem na początku widać czasem lekkie unoszenie się gałki ku górze. Po tych drganiach oczy ustawiają się nieruchomo, lecz przeważnie w pozycji odmiennej niż przed drganiem t. j. gałki, które przed mruganiem znajdowały się w linji środkowej, potem ustawiają się albo w prawym albo w lewym kącie szpary ocznej, przytem ta gałka, która przy ruchu tym ustawia się w zewnętrznym kącie oka, nie dochodzi zupełnie do tego kąta, podczas gdy druga gałka ustawia się w pozycji zbieżnej. Czasem gałki (bardzo rzadko) po tem drganiu ustawiają się obie zbieżnie. Podczas całego tego złożonego ruchu (mruganie powiek, nystagmus), widać dosyć często słabe ruchy myokloniczne w mięśniach czoła z unoszeniem lub drgnięciem łuków brwi.

18.X. Zastosowano maść Credégo.

19.X. Dokonana próba P i r q u e t'a wypadła ujemnie.

20.X. Dokonano nakłucia lędźwiowego. Ciśnienie niewielkie. Wypuszczono 4 ctm. płynu żółtawego. 987 leukocytów w 1 ctm.

21.X. Wypuszczono 6 ctm. płynu bardzo mętnego o niewielkiem ciśnieniu. W płynie po 2 godzinach wytworzył się skrzep.

24.X. Dziecko znacznie mniej wymiotuje. Leży spokojniej, ruchy w rękach mniej wybitne.

25.X. O godzinie 7-ej rano dziecko miało szczękościsk, zaciskało zęby tak silnie że aż było słychać, przytem nie można było nawet siłą rozewrzeć szczęk. Trwało to kilkanaście minut. Nakłucie lędźwiowe: wypuszczono 4 ctm. mętnego żółtawego płynu.

26.X. W nocy dziecko było bardzo niespokojne — płakało. Rano wymiotowało silnie. Ciepłota ulega częstym wahaniom w ciągu dnia.

27.X. Rano były wymioty. W płynie mózgowo-rdzeniowym badanie bakterjologiczne (kol. Mutermilch) wykryło obecność dwoinek zapalenia płuc. Tegoż dnia dziecko wypisano na żądanie matki.

Rozpoznanie w przypadku niniejszym (m e n i n g i t i s p u r u l e n t a) wobec typowych objawów, wyniku badania cytologicznego i bakterjologicznego płynu mózgowo-rdzeniowego nie nastręcza żadnych wątpliwości. Na uwagę zasługuje kombinacja nieustannych niemal ruchów myoklonicznych z całym szeregiem ruchów mimowolnych innej kategorji — mianowicie z ruchami po części o charakterze drżenia wibrującego, po części o charakterze pląsawiczym. Analiza zarówno poprzedniego jak i niniejszego przypadku upoważnia nas do wniosku, że pomimo dość

odmiennej morfologji tych różnorodnych ruchów patogeneza ich jest najprawdopodobniej jednakowa.

Co się tyczy szczegółowo opisanego objawu stałego występowania drżenia gałek ocznych przy mruganiu powiekami, to początkowo sądziliśmy, że mieliśmy do czynienia z zjawiskiem dotychczas nie spostrzeganem. Pragnęlibyśmy nadać mu nazwę: objawu mrugawkowo-oczopląsowego. Dokładny przegląd odpowiedniego piśmiennictwa przekonał nas, że zjawiska podobne, jakkolwiek nie identyczne opisywane już były kilkakrotnie. Mianowicie Bernheimer i Bär opisali drżenie gałek ocznych, które powstawało podczas mrugania powiekami w przypadkach wysychania lub uszkodzenia rogówki. Jasnem tu jednak było, że drżenia to miało charakter czysto odruchowy i zjawisko to zupełnej analogji z spostrzeganym przez nas objawem nie wykazuje. Bardziej zbliżone już do spostrzeganych przez nas występowały objawy w przypadkach opisanych przez Stransky'ego pod nazwą „drżenia gałek ocznych skojarzonego". Objaw polegał na tem, że po ostrożnem otwarciu szpary ocznej próbie zamknięcia jej wbrew oporowi palca badającego towarzyszyły wyraźne równoległe kurczowym ruchom powiek drobne drgania gałki ocznej. Wszystkie przypadki Stransky'ego zarówno jak i jeden przypadek Binswanger'a tej samej kategorji dotyczyły przypadków nerwic czynnościowych. Wreszcie Schlesinger opisał przypadek prawostronnego obwodowego porażenia nerwu twarzowego oraz podjęzykowego na skutek parotitis purulenta po tyfusie, w którym podczas łagodnego zamykania powiek przez chorego spostrzegano natychmiast powolne ruchy obu gałek ocznych w płaszczyźnie poziomej — ruchy te, które można było spostrzegać przez bardzo ścieńczałe powieki, miały dość znaczne ekskursje i znacznie zbliżały rogówkę zarówno do wewnętrznego jak i zewnętrznego kąta szpary ocznej. Otóż zaznaczyć musimy, że spostrzegany przez nas objaw nie był identyczny ani z „drżeniem gałek ocznych skojarzonym" Stransky'ego ani z „poziomemi drganiami gałek ocznych przy zamykaniu powiek" Schlesingera. Od pierwszego objawu odróżniał się tem, że tam powstawał on tylko przy forsownem zamykaniu powiek, od drugiego zaś wyróżniał go charakter i rytm drgań gałki ocznej, który w przypadku Schlesinger'a był spokojny i powolny, w naszym zaś bardzo szybki, wibrujący, trzepocący się. Pomimo jednak tych

różnic klinicznych nie sądzimy, ażeby istniały zasadnicze różnice w patogenezie tych trzech bądź co bądź pokrewnych zjawisk. Sądzimy, że w każdem z nich mamy do czynienia z t. zw. ruchami współczynnymi pomiędzy ruchami powiek a ruchami gałek ocznych, których fizjologicznym prototypem jest t. zw. objaw Bell'a. Tutaj zaś objaw ten występuje w sposób opaczny: należy przypuścić, że na skutek sprawy chorobowej ośrodkowego układu nerwowego nastąpiły takie w zasadzie wyrównywalne zmiany w jądrach mięśni ocznych i w pęczku podłużnym tylnym, że podniety ruchowe, które w normalnych warunkach wywołują zawsze skojarzony ruch w postaci Bell'a, tutaj na skutek zaburzeń w inerwacji wywołują współczynność innych grup mięśniowych ocznych.

Przypadek III. Morbus Tay-Sachs'i et epilepsia corticalis continua (idiotismus familiaris amauroticus et myoclonia).

M. S. (lat 1). 19.VI.09. Dziecko urodziło się normalnie. Poród był łatwy, bez braku oddychania. Ojciec ma obecnie lat 31, matka 28. Matka nigdy żadnej cięższej choroby nie przechodziła. Ojciec cierpi na bóle głowy oraz rozmaite objawy natury neurastenicznej. W rodzinie ojca ani matki żadnych cierpień nerwowych nie było. Chłopczyk jest drugiem dzieckiem z rzędu, pierwsze ma obecnie 5-y rok, jest zdrowe i rozwija się pod względem umysłowym i fizycznym normalnie. Niniejsze dziecko było zdrowe do 5-go miesiąca, w 5-ym miesiącu przechodziło trzykrotnie zapalenie płuc (?) w odstępach kilkotygodniowych. Po tej chorobie zauważyła matka, że dziecko zmieniło się pod względem psychicznym: dziecko, które przedtem było żywe, bawiło się, śmiało, przewracało w łóżku, poruszało żywo rączkami i nóżkami, stało się mało ruchliwe, senne, apatyczne, przestało bawić się, śmiać. 4 miesiące temu dziecko podobno upadło z łóżka na podłogę i uderzyło się w lewą skroniowoczołową okolicę, lecz przytomności nie straciło, drgawek ani wymiotów nie było, nie gorączkowało. Dziecko dotychczas niema ani jednego ząbka. Siedzieć bez podtrzymywania a tembardziej stać nigdy nie mogło, główkę dawniej mogło utrzymać prosto przez czas dłuższy, obecnie utrzymać ją może prosto tylko przez krótką chwilę, opada ona szybko przeważnie ku przodowi. Podobno dawniej podczas zabawy dziecko śledziło oczami za przedmiotami, ale matka nie może powiedzieć z pewnością, czy dziecko kiedykolwiek widziało; obecnie oczami nie śledzi, matki ani otoczenia nie poznaje, słyszy niewątpliwie i reaguje, gdy matka do niego mówi. Podobno łatwo się lęka i wzdryga przy głośniejszem przemówie-

niu, uderzeniu w dzwi i t. d. Co do smaku, węchu, powonienia matka nie może dać żadnych objaśnień. Krzywicy nigdy nie przechodziło, drgawek nigdy nie miało. Od czasu do czasu wykonywa rytmiczne ssące ruchy wargami.

Stan obecny. Dziecko prawidłowej budowy i dobrego odżywiania Tkanka tłuszczowa rozwinięta bardzo obficie, na kończynach dolnych (zwłaszcza pośladkach i goleniach) nawet nadmiernie. W narządach wewnętrznych brak zmian wyraźnych. Śledziona nie jest powiększona.

Czaszka bardzo duża, kształt głowy nieforemny, wyraźna przewaga w rozwoju części potylicznej czaszki, wybitnie rozwinięte guzy czołowe. Budowa uszu normalna. Podniebienie miękkie ani wargi nie rozdwojone. Ciemiączka zarośnięte. Kości dobrze rozwinięte, brak objawów zmięknienia czaszki krzywiczego i objawów krzywicy na kościach długich. Nos o charakterze zlekka siodłowatym. Nadmierny rozwój górnej wargi, która jest przynajmniej dwa razy grubsza od dolnej i wystaje nad nią ryjkowato na jakieś 2—3 ctm. Dolna warga rozwinięta jest bardzo słabo, jest jakby spłaszczona i zapadnięta ku tyłowi jednak bez wyraźnych cech zaniku. W dziąsłach nie widać ani jednego zęba.

Wyraźny odruch ssący (Oppenheim'a).

Brak odruchu z podniebienia twardego.

Źrenice obie dość wąskie, równe, na światło oddziaływują, oddziaływania na przystosowanie nie udało się stwierdzić.

Ruchy powiek niewątpliwie zachowane, podczas płaczu dziecko zaciska powieki tak silnie, że otworzyć je można tylko z wysiłkiem.

Gałki oczne — o ile się zdaje — poruszają się we wszystkich kierunkach dokładnie, drgań w gałkach nie widać ani w spokoju ani przy ruchach.

Ruchy twarzy są zachowane, mimika ograniczona, lecz nie zniesiona, podczas płaczu występuje bardzo nieznaczna asymetrja na niekorzyść prawej połowy twarzy.

Język porusza się dobrze. Ruchy ssące po za rzeczywistem ssaniem wykonywa dziecko niezmiernie rzadko, są one nierytmiczne i nieregularne, język nie przyjmuje w nich prawie żadnego udziału.

Przedmiotów pokazywanych nawet błyszczących — jak również i ogniska światła dziecko ani nie fiksuje, ani oczami nie śledzi. Brak jakiejkolwiek reakcji powiek przy szybkiem i nagłem zbliżaniu przedmiotów do oka bez wywoływania wstrząśnienia powietrza, reakcja występuje dopiero wtedy, gdy przedmiot dotyka się skóry powiek.

Badanie wziernikiem wykazuje obustronny zanik nerwów wzrokowych z typową malinką na plamce żółtej. Plamka ma kolor stalowy, zaś malinka—ciemnego burgunda.

Słuch niewątpliwie zachowany bez wyraźnych objawów nad-

miernej wrażliwości; nawet przy wywoływaniu bardzo głośnych nagłych dźwięków nie otrzymuje się charakterystycznego wzdrygania się (czasem tylko mruganie powiekami). Przy wywoływaniu dźwięków o charakterze niezbyt gwałtownym (dzwonienie, klaskanie w dłonie) dziecko często niewątpliwie reaguje, uśmiechając się i przebierając rączkami. Czasami nawet otrzymuje się wrażenie, jakgdyby dziecko pojmowało, co matka do niego mówi; matka utrzymuje np., że gdy pieszczotliwie przemówi do niego, każąc mu tańczyć, to dziecko uśmiecha się, klaszcze rączkami i zaczyna przebierać nóżkami, co istotnie raz udało się stwierdzić w szpitalu.

Co do smaku, powonienia badanie nie dało żadnych określonych wyników.

Natomiast czucie skórne — dotykowe i bólowe jest niewątpliwie zachowane, wogóle dziecko podczas badania zachowuje się niespokojnie, płacze i krzyczy głośno, reaguje przytem na najlżejsze dotknięcie, ukłutą część ciała momentalnie cofa, na każde mocniejsze dotknięcie, ukłucie reaguje wzmożonym krzykiem.

Główkę utrzymać prosto może, lecz przez czas bardzo krótki, potem głowa pochyla się przeważnie ku przodowi, rzadziej w bok i jeszcze rzadziej ku tyłowi, wogóle brak jest owego charakterystycznego zapadania się głowy w tył.

Siedzieć bez podtrzymywania dziecko zupełnie nie może i momentalnie opada na bok lub na wznak, czyni jednak rączkami wyraźne próby utrzymania się w tej pozycji, co mu się nigdy nie udaje. Przy nieznacznej pomocy jednak możliwe jest utrzymanie się w pozycji siedzącej, np. przy podtrzymywaniu go choćby jednym palcem z boku lub przy obłożeniu go z boku i z tyłu poduszkami. W t. zw. pozycji „zamkniętego scyzoryka" (górna część tułowia zapadnięta na uda) utrzymać mu się bardzo trudno, wogóle pozycja ta jest utrudniona na skutek nadmiernego rozwoju brzucha i tłuszczu w okolicy ud.

O utrzymaniu się w pozycji stojącej niema mowy, dziecko jednak potrzymywane za ramiona niewątpliwie stoi t. j. czynnie opiera się stopami o pościel i stara się o utrzymanie równowagi, nie udaje mu się to jednak przy lekkim podtrzymywaniu za ramiona lub za plecy, przyczem górna część tułowia razem z głową momentalnie opada ku przodowi i dziecko przyjmuje pozycję akrobatyczną zupełnie zgiętą ze stopami i czołem opierającemi się o łóżko (odgrywa tu przytem wyraźną rolę zmniejszenie się napięcia mięśni tułowia, kręgosłupa i kończyn dolnych: genua recurvata).

Ruchy kończynami w pozycji leżącej wykonywa dziecko sprawnie i żywo, natomiast zamiana czynna pozycji jednej na drugą — nawet z brzusznej na wznak jest absolutnie niemożliwa. Nawet ułożone na brzuchu z twarzą do poduszki, tak że dusi się niemal, dziecko nie jest w stanie przewrócić się choćby

nawet najsłabiej na bok, jakkolwiek krzyczy i czyni rozpaczliwe próby w tym kierunku.

Ułożenie kończyn jest normalne. Brak wyraźnych zaników. Dłonie przeważnie zwinięte w kułak — z dużym palcem podwiniętym pod pozostałe. Brak jakiegokolwiek drżenia, drgawek lub ruchów atetotycznych. Duże palce obu stóp znajdują się prawie stale w pozycji Babińskiego.

Odruchy z m. trójgłowego bardzo słabe, okostnowe z promienia dość żywe, kolanowe i z ścięgien Achillesa żywe, brzusznych i mosznowych brak. Wyraźny objaw Babińskiego obustronny.

Wybitny objaw dłoniowy (rozginanie palców w szybkiem tempie przy drażnieniu dłoniowej powierzchni). Objaw ten opisany został przez jednego z nas w r. 1903 (patrz piśmiennictwo).

Wymiary.

Obwód poprzeczny czaszki = 46 ctm.
Podłużny = 27,5.
Od ucha do ucha = 26.
Obwód klatki piersiowej (na wysokości sutek) = 47.
" brzucha (na wysokości pępka) = 51.
Obwód uda w połowie = 29.
" łydki " = 19.
" stopy = 13.5.
Obwód ramienia = 14,5.
" przedramienia w górnej części = 14.
Długość kończyny dolnej (od krętarza wielkiego do kości piętowej) = 29.
Długość uda = 18.
Długość kończyny górnej (wraz z środkowym palcem) = 28.
Długość ramienia = 10.
" przedramienia = 10.

29.I.1910. Dziecko po przeszło półrocznej przerwie zapisane zostało powtórnie z matką na oddział. W ciągu pierwszych kilku miesięcy stan po za rozmaitemi zaburzeniami żołądkowemi był mniej więcej bez zmian. Dopiero 2 miesiące temu według słów matki wystąpiły napady drgawek początkowo co kilka dni, potem częściej, w ostatnim zaś czasie po kilka a nawet po kilkanaście razy dziennie. Matka spostrzegała drganie głównie w okolicy ust, powiek, kończyn górnych (przeważnie lewej), rzadziej całej główki, czasami występowało prężenie kończyn górnych, podczas napadu drgawek ślinotok. Od czasu wystąpienia tych drgawek dziecko bardziej jeszcze podupadło pod względem fizycznym i umysłowym, przestało trzymać główkę prosto, przestało poruszać rączkami i nóżkami, przestało śmiać się, poznawać matkę,

zaczęło wykonywać automatyczne ruchy ssące wargami, zaczęło wzdrygać się przy najsłabszym dźwięku.

Pod względem somatycznym badanie przedmiotowe wybitnych zmian w porównaniu ze stanem zeszłorocznym nie wykryło. Zwiększyła się tylko objętość czaszki:

Obwód poprzeczny = 48,5.
„ podłużny = 29,5.
„ od ucha do ucha = 27.

Uderzają obecnie krzywicze zmiany dolnych żeber na miejscu połączenia części kostnej i chrząstkowej — miejsca te wystają w postaci stożkowato-piramidalnych guzów.

Wzrok niewątpliwie zupełnie zniesiony: nie otrzymuje się żadnej reakcji przy zbliżaniu przedmiotów do powiek.

Źrenice wązkie, na światło oddziaływują. Ruchy gałek zachowane. W gałkach od czasu do czasu występują drgania.

Ruchy twarzy są zachowane, co widoczne jest szczególnie przy płaczu.

Ruchy języka zachowane.

Przy spokojnem leżeniu słaby stopień przeczulicy słuchowej: reakcja w postaci lekkiego odchylania główki ku tyłowi, unoszenia obu rąk do góry i doprowadzania ich ku sobie, mrugania powiek, lekkiego powolnego wzdrygania się i bardzo lekkiego zginania kolan.

Badanie wziernikiem wykazuje te same zmiany co poprzednio.

Na ukłucie dziecko oddziaływa i dzisiaj, jakkolwiek znacznie mniej żywo niż dawniej — ukłutą kończynę cofa tylko przy silniejszem nakłuciu, przy mocniejszych nakłuciach otrzymuje się również reakcja w postaci płaczu.

Główki utrzymać prosto obecnie nie może, opada ona momentalnie ciężarem swoim i zwisa bezwładnie — łatwiej ku przodowi niż ku tyłowi.

Siedzieć obecnie zupełnie nie może, nawet podtrzymywane zlekka opada ku stronie przeciwległej, natomiast w t. zw. pozycji „zamkniętego scyzoryka“ utrzymuje się w bezwładnej równowadze przez czas długi, nie czyniąc najmniejszych prób zmiany pozycji. Dziecko nie jest w stanie przytem wydobyć się z najbardziej niedogodnej pozycji (np. skręcenie w bok z twarzą wciśniętą w poduszki) — nie widać przytem nawet wyraźnych prób zamiany niedogodnego położenia.

Uniesione ku górze za ramiona nie przebiera zupełnie nóżkami. O staniu i chodzeniu niema zupełnie mowy.

Odruchy jak dawniej.

Pod względem psychicznym stwierdzić można wybitną

zmianę w porównaniu ze stanem roku ubiegłego. Dziecko leży jak kawał gliny, nie reagując zupełnie na wrażenia świata zewnętrznego i nie wykazując absolutnie żadnych oznak samoistnych życia psychicznego. Jedyną jego reakcją jest płacz przy wrażeniach bolesnych lub nieprzyjemnych, ale i ten płacz ma charakter szczątkowy, jednostajny, przerywany.

Objawy drgawkowe. Od czasu do czasu kilka, kilkanaście a nawet kilkadziesiąt razy dziennie występują objawy podrażnienia głównie w dziedzinie mięśni twarzy i powiek, rzadziej w obrębie mięśni poruszających główkę i kończyny. Objawy te najczęściej występują w następującej postaci: podczas zupełnego spokoju, bez żadnych zwiastunów, występują rytmiczne, kloniczne kurcze w okolicy lewego kąta ust równolegle z zupełnie synchronicznem uderzaniem powiekami górnemi, głównie lewej. Prócz tych kurczów w dziedzinie lewego n. twarzowego widać jednoczesne kurcze w obrębie prawego nerwu twarzowego, jednakże tylko w dziedzinie górnej gałązki — mianowicie rytmiczne, zupełnie synchroniczne — jakkolwiek mniejszego rozmiaru zamykania i otwierania oczu jednocześnie z bardzo nieznacznem unoszeniem brwi i marszczeniem czoła, które widoczne jest także i po lewej stronie. Przy dokładniejszem wpatrzeniu się widoczne są również bardzo drobne, lecz jednakowego tempa kurcze drgawkowe w obrębie m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego oraz m. czworobocznego prawego, zginaczach i rozginaczach przedramienia oraz po części w zginaczach palców prawej dłoni, a głównie dużego palca, które to kurcze częściej dają się raczej wyczuć niż spostrzegać. Trwanie takich napadów drgawkowych jest rozmaite — czasem kilka lub kilkanaście minut, czasem zaś trwają półtorej godziny, a według słów matki, i dłużej bez przerwy. Od czasu do czasu, nie ograniczając się do wyżej opisanych grup mięśniowych, przechodzą owe drgawki na kończynę górną prawą a częściej jeszcze lewą, które drgają wtedy w całości; jeszcze rzadziej w drgawkach tych biorą udział i kończyny dolne.

Napad często zaczyna się od cichego piskliwego płaczu, który nigdy nie przechodzi w krzyk — czasem zaś spostrzegano, że napad taki kończy się płaczem. Czasami zamiast drgawek występuje w kończynach górnych zupełnie symetryczne wyprężanie, które trwa bardzo krótko, poczem następuje rozluźnienie mięśni. Podczas napadów często występuje obfite ślinienie się. Podczas napadów często widoczne są ruchy rytmiczne języka (w przód i w tył).

Tempo tych kurczów drgawkowych nie zawsze jest jednakowe i w rozmaitych serjach napadów przedstawia się rozmaicie: w przeważającej ilości napadów wynosi około 64 skurczów na minutę, amplituda jest dość duża, rytm i interwale pomiędzy skurczami pozostają prawie jednostajne, z bardzo krótkiemi od od czasu do czasu występującemi przerwami. Czasem gdy ampli-

tuda skurczów staje się szczególnie duża — widoczne jest synchroniczne z kurczami twarzy i powiek przekręcanie głowy na lewo.

W innej — bardziej rzadkiej kategorji napadów — obejmującej te same mięśnie twarzy, lecz prawie nigdy nie przechodzących na mięśnie szyi ani na kończynę — tempo skurczów staje się przynajmniej dwa razy szybsze: 128 — 140 na minutę. Przy dłuższem trwaniu takich napadów otrzymuje się taki obraz, że trudno określić je jako drgawki — ale raczej jako nieustanną poliklonję mięśniową. Obraz ten jest niejako postacią przejściową pomiędzy opisanemi wyżej drgawkami niewątpliwie padaczkowemi a zjawiskiem spostrzeganem w obrębie prawej powieki dolnej, m. czołowego prawego oraz górnej wargi; jest to nieustanne, nie przerywające się ani na chwilę po za snem drżenie a raczej drobno-falista wibracja mięśniowa o drobnej bardzo amplitudzie i niezmiernie szybkiem tempie — tak szybkiem, że o zliczeniu skurczów nie może być mowy. Drżenie to ma charakter wyraźnie myokloniczny i stale towarzyszy innym objawom drgawkowym, które je oczywiście często maskują.

Często do wszystkich tych kategorji drgań dołączają się automatyczne ruchy ssące warg — tak że otrzymuje się bardzo skomplikowany obraz: polikloniczne kurcze mięśni twarzy, automatyczne ruchy warg i myokloniczna wibracja dolnej prawej powieki i górnej wargi (czasem w m. czołowym).

Te objawy drgawkowe trwały kilkanaście dni, poczem ustąpiły.

Zaznaczyć trzeba, iż dziecku przystawiono dwukrotnie na okolicę karku muche de Milan.

Przypadek ten wykazuje niewątpliwy związek zachodzący pomiędzy drgawkami padaczkowemi i drganiem myoklonicznem. Związek ten jest tembardziej widoczny, jeżeli uwzględnimy opisaną powyżej kategorję drgawek, którą uważaliśmy za przejściową formę pomiędzy padaczką a myoklonją. Przy dzisiejszym stanie naszych wiadomości o histopatologji choroby Tay-Sachs'a, którą uważamy za przejaw rozlanego cierpienia wszystkich komórek ośrodkowego układu nerwowego, trudno jest umiejscowić opisane powyżej objawy drgawkowe w mózgu. W każdym bądź razie uważaliśmy za stosowne zwrócić uwagę na ten fakt kliniczny, że i w tej chorobie myoklonja może wystąpić objawowo. O ile nam wiadomo jest to pierwszy przypadek choroby Tay-Sachs'a, w którym zjawisko to spostrzegano.

PIŚMIENNICTWO.

1. Bernhardt. Ein ungewöhnlicher Fall von Facialiskrampf (Myokymie) beschränkt auf das Gebiet des linken Facialis. Neur. Centr. 1902 N-r 13.

2. Bruns. Ueber die s. g. „Epilepsia Continua" Neur. Centr. 1903 s. 598 i 1906. s. 543.

3. Choroszko. Kliniczeskaja forma prof. Kożewnikowa: epilepsia partialis continua (Polyclonia epileptoides) 1907.

4. Dejerine. Traitè de pathologie gènèrale. 1901.

5. Demme. Zur Kenntniss und Behandlung der chronischen Eklampsie und Epilepsie des Kindesalters. Jahrb. für Kinderheilk. 1875. Bd. 8 s. 13.

6. Göppert. Zur Kenntniss der Meningitis cerebrospinalis — Epidemie. Berlin. klin. Woch. 1905 N-r 2 s. 1 — 22.

7. Heine. Ueber Augenstörungen bei der Genickstarre. Berl. Klin. Wochen. 1905, N-r 25.

8. Heubner. Noch einmal der Meningokokkus intracellularis. Jahrb. für Kinderheilk. Bd. 56, 1902.

9. Heubner. Beobachtungen und Versuche über den Meningokokkus intracellularis Weichselbaum-Jaeger. Jahrb. für Kinderheilk. 1896. Bd. 43.

10. Jnfeld. Zwei Fälle von Herderkrankung in der Vierhügelgegend. Wien. med. Wochen. 1907.

11. Lewandowsky. Die Funktionen des Centralnervensystems. 1907.

12. Monakow. Gehirnpathologie 1897.

13. Muratow. Zur Pathologie der Mitbewegungen. Monatschr. f. Psych. und Neurol. 1908.

14. Oppenheim. Encephalitis und Hirnabscess. 1897.

15. Oppenheim. Handbuch der Nervenkrankheiten. 4 wyd.

16. Paviot et Nové-Josserand. Myoclonie chez un viellard avec autopsie (méningo-encephalo-myelite chronique). Revue de médecine 1908 N-r 6 s. 505.

17. Sachs. Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Kindesalters 1897.

18. Schultze. Die Krankheiten der Stirnhäute und die Hydrocephalie. Wien. 1901.

19. H. Schlesinger. Horizontale Bulbusschwinkungen bei Lidschluss, eine bischer nicht beschriebene Art von Mitbewegungen. Neur. Centr. 1907. Nr. 6.

20. Senator. Die Erkrankungen der Nieren. 1896.

21. Sörensen. Fieber und Krankheitsbild der epidemischen Cerebrospinalmeningitis. Jahrb. für Kinderheilk. 58. 1903.

22. Soltman. Eclampsia infantum. Real Encyclop. 1895 s. 343.

23. Soltman. Podręcznik Gerhardta - rozdział „Pneumonie" i „Eclampsie".

24. S o r g o. Ueber subcorticale Entstehung isolirter Muskel. Krämpfe. Ein Beitrag zur Klinik der Vierhügeltumoren nebst Bemerkungen über den Verlauf der centralen Haubenbahnen. Neur. Centr. 1902.

25. W. S t e r l i n g. Zur Casuistik der Tay-Sachs'schen Krankheit. Neurol. Centr. 1903.

26. E. S t r a n s k y. Assoziirter Nystagmus. Neur. Centr. 1901. s. 786.

27. E. S t r a n s k y. Zur Kenntniss des assoziirten Nystagmus. Neur. Cent. 1906. N-r 1.

28. S t r ü m p e l l. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der epidemischen cerebrospinalen Meningitis. Deutsch. Archiv. f. Klin. Med. 1882. Bd. 30.

29. U h t h o f f. Graefe-Saemisch: Handbuch der gesamten Augenheilk. s. 773.

30. U n v e r r i c h t. Myoklonie (w Real-Encyclopedie der gesamten Heilkunde 1898 s. 269).

31. W e i c h s e l b a u m i G h o w. Der Micrococcus meningitidis cerebrospinalis als Erreger von Endocarditis sowie sein Vorkomen in der Nasenhöhle Gesunder und Kranker. Wien. Klin. Wochen. 1905, N-r 24.

32. W o l l e n b e r g. Chorea, paralysis agitans, paramyclonus multiplex, Myoklonie 1899.

33. Z a p p e r t. „Encephalitis" (w „Handbuch der Kinderheilk". Pfaundlera i Schlossmanna). 1906. Bd. II.

Z ambulatorjum kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell.
Prof. Dr. Jana Piltza.

PRZYCZYNEK DO POZNANIA MECHANIZMU PSYCHOLOGICZNEGO UROJEŃ PRZEŚLADOWCZYCH.

Urywek z analizy przypadku dementia paranoides *).

podał

DR. STEFAN BOROWIECKI.
Asystent kliniki.

O urojeniach prześladowczych, jak wogóle o urojeniach, powiedzieć dziś możemy ze strony formalnej dość wiele. Wiemy, że bez wątpienia nie wynikają one z doświadczenia ani z rozumowania — słowem z naszej wiedzy, lecz z zakresu naszych wierzeń, a więc swobodnej i niekontrolowanej przeróbki doświadczenia przy pomocy wyobraźni. Nawet kiedy urojenia nawiązują się do spostrzeżeń rzeczywistych, złudzeń czy omamów, daje się wykazać bezsprzecznie ich pochodzenie ze stanów psychopatycznych wewnętrznych, nawet wtedy dostrzedz możemy jego przyczynę w chorobliwej interpretacji i usposobieniu. Sam fakt bliskiego związku urojeń z wyobrażeniem osobowości, z naszem „ja", stanowiącem punkt środkowy naszej świadomości, dowodzi, że w tych zaburzeniach wewnętrznych naszej psychiki szukać należy ich przyczyny. Rodowód ten jest też zarazem przyczyną nieomylności urojeń, ich oporności wobec niezbitych dowodów.

*) Rzecz odczytana w kole lekarzy klinicznych.

Znamy również szereg różnorodnych stanów psychicznych, które powstawaniu wyobrażeń fałszywych mogą sprzyjać, do nich należą stany żywego afektu, stany zamroczenia świadomości, wreszcie otępienia umysłowe; co do udziału tych poszczególnych czynników w sprawie powstawania urojenia niema jednak jednomyślności nawet między najwybitniejszymi psychjatrami. Podczas gdy Kraepelin przypisuje otępieniu bardzo wielkie znaczenie w powstawaniu urojeń w paranoia, dementia paranoides, inni, np. Stoerring, są zdania, że czynniki uczuciowe rozstrzygają tu przedewszystkiem. Co do urojeń prześladowczych powszechnie jest dalej uznawanem, że służy im za punkt wyjścia egocentryzm (Beziehungswahn), nieufność nieuzasadniona, tajemne obawy czy przeczucia. Wiadomą również jest rzeczą, że pierwowzór fizjologiczny tych urojeń mamy u ludzi podejrzliwych, najczęściej przeceniających swą własną osobę, wietrzących wszędzie wrogie i poziome dążenia, a upatrujących we własnych niepowodzeniach złą wolę innych. Od niedawna jednak zaczęto badać stosunek treści psychozy, w danym przypadku treści urojeń prześladowczych, do całego życia indywidualnego poprzedzającego chorobę — względnie do treści psychicznej już patologicznej, poprzedzającej ich wystąpienie. Badania te zapoczątkowane przez szkołę Zurychską (Bleuler, Jung, Abraham, Maeder i inni), a natchnione przez znanego neurologa wiedeńskiego Freud'a wydały już dotychczas szereg cennych przyczynków psychopatologicznych. Ponieważ dociekania te nad rodowodem treści psychozy zaledwie są rozpoczęte, a dalekie są jeszcze wyczerpania nasuwających się tutaj kwestji, ponieważ wreszcie wiele faktów podlega żywej dyskusji, gromadzenie odnośnej kazuistyki wydaje mi się na dzisiaj potrzebą najpilniejszą. Tylko na zasadzie faktów porozumiewać się można w kwestjach tak zawiłych.

Przypadek, jaki przedstawić tutaj zamierzyłem, pochodzi z ambulatoryjnego materjału, kładzie to na nim swoje piętno: jest to przypadek bardzo prosty i niebogaty pod względem objawów, ale pozwala on tem lepiej wejrzeć w ich genezę, gdyż chora żyje na swobodzie, jest dostępna i udziela dość chętnie informacji co do swego [życia ubiegłego. Nie przedstawia on dalej żadnych trudności rozpoznawczych: przedstawia typowy przykład dementia paranoides z urojeniami prześladowczemi na tle płcio-

wem. Ma on jednak z punktu widzenia psychopatologicznego cechy bardzo cenne, mianowicie pewną monotonję urojeń prześladowczych, brak urojeń wielkościowych, co przy ważności zebrania dość szczegółowych wywiadów pozwala nam dość dokładnie śledzić powstawanie tych urojeń. Powyższe względy skłoniły mnie też do ogłoszenia niniejszego przypadku.

Historja choroby*).

K. K., panna, lat 34, urodz. w r. 1876, wyznania katolickiego, bez zajęcia — z przytułku Albertanek. Skarży się na ból i ciężar w mózgu i zanik pamięci, przypisuje zaś swą chorobę księżom, którzy ją „ćmią", działając na nią hypnotyzmem czy też magnetyzmem. Przysyła ją do ambulatorjum ksiądz.

Ojciec chorej umarł w 54-m roku życia na zapalenie płuc, które przeszło w suchoty. Matka umarła na „wodną puchlinę"; zachodziła ona w ciążę 5 razy, nigdy nie roniła; z 5-ga dzieci 3-je umarło w młodym wieku. Ojciec pacjentki był potatorem umiarkowanym, został on pod koniec swego życia oskarżony o defraudacje w banku i skazany na rok więzienia. Chorób umysłowych w rodzinie nie było, matka miewała co tydzień migreny z wymiotami.

Chorej zdaje się, że jest dzieckiem ostatniem z kolei. W dzieciństwie rozwijała się prawidłowo. W życiu swojem przechodziła 6 razy zapalenie płuc, po raz pierwszy jako 6-miesięczne dziecko. W 7-m roku życia miała wrzód na twarzy. Menses dostała w 16-m roku życia, nie były nigdy bolesne, w ostatnich czasach miewa je co dwa tygodnie. Bóle głowy miewała dawniej bardzo rzadko. Zazwyczaj bolała ją naprzód jedna połowa głowy, później druga, na końcu czoło. Wymiotów, mdłości nigdy przy bólach tych nie miała. W ciążę nie zachodziła. Stosunki z mężczyznami jednak miewała i po pierwszych stosunkach w 17-m roku życia zaraziła się jakąś chorobą weneryczną, przypomina sobie na karcie szpitalnej napis „ulcus molle". Trunków nigdy nie używała.

Dzieciństwo spędziła pacjentka w Z. Była tam do r. 1894 t. j. do 18 lat stale. Była wesoła, żyła z koleżankami w stosunkach dobrych ale zawsze wolała samotność. Skończyła szkołę normalną, później uczyła się prywatnie. W r. 1893 była zaręczoną. W niespełna rok potem wszczął się jednak proces przeciwko jej ojcu o defraudacje w banku włościańskim.

---

*) Historja choroby w formie, w jakiej ją tutaj podajemy, t. j. z możliwie dokładną chronologją wydarzeń życia pacjentki, została ułożona dopiero po całkowitem zebraniu materjału produkowanego w czasie analizy, po odrzuceniu faktów bez znaczenia.

Proces ten spowodował zerwanie stosunków z ludźmi, zerwanie narzeczeństwa oraz wyrok skazujący ojca na rok więzienia.

Podczas nieobecności ojca (t. j. pobytu jego w więzieniu) poznała się z pewnym panem i miała z nim stosunek „poufały". Był to podobno wdowiec, którego poznała u swojej babki, u której on się stołował, miał podobno konkubinę i troje dzieci. Chora przechodziła koło jego okien na lekcje francuskiego, on, widząc ją, wychodził na spotkanie i wprowadzał do swego mieszkania. Wkrótce uczuła się chorą, i myśląc, że to może ciąża, pojechała, nic nie mówiąc matce, do wuja, do C., a stamtąd bardzo prędko, widząc się w niewłaściwem dla siebie otoczeniu, a bojąc się wracać do domu, wyjechała do S. do córki drugiego wuja. Kuzynka ta zerwała z ojcem swoim stosunki, bo miała stosunek i dziecko z księdzem. Pacjentka miała zamiar mieszkać z nią czas jakiś, po paru dniach jednak, kiedy kuzynka zdziwiona jej nagłym wyjazdem z domu zaczęła się dopytywać, czemu z domu uciekła, a nadto zaczęła ją o utratę dziewictwa posądzać, wróciła do wuja do C., gdzie spotkała matkę, która ją poszukiwała sama, a nadto zarządziła poszukiwanie policyjne. Wróciła z matką do Z. i tam, czując się gorzej, wstąpiła na 5 — 6 tygodni do szpitala, gdzie powiedziano jej, że jest chora wenerycznie.

Wkrótce ojciec jej powrócił z więzienia. Ojciec z powodu stosunków z owym wdowcem i choroby wenerycznej wyrzutów jej większych nie robił, strofowała ją przeważnie matka. Wogóle jej stosunki z ojcem były zawsze lepsze, niż z matką. W tym samym mniej więcej czasie zabił się z jakiegoś powodu wdowiec, z którym miewała stosunki, nie zrobiło to jednak na niej żadnego większego wrażenia.

Pobyt w Z. był jej jednak ze względu na stosunki z ludźmi oraz zajścia poprzednie, których się żenowała, bardzo przykry, po paru miesiącach pojechała więc do rodziny do Rumunji. Była tam 7—8 miesięcy, posprzeczała się i wyjechała. Powodem do nieporozumień były uwagi rodziny, że „państwo" już się skończyło, skoro ojciec jest bez posady, że musi się wziąść do roboty i t. d. Pojechała stamtąd do Bukaresztu, gdzie była w jednym domu dwa lata gospodynią (1895 – 1897). W czasie pobytu jej w Bukareszcie umarł jej ojciec. Po upływie dwóch lat zabrała ją matka z Bukaresztu na kilka miesięcy ze sobą znowu do Rumunji, później do rodziny w Z., w W. i K. W podobny sposób pacjentka przeżyła u rodziny, pomagając nieco w każdem miejscu w gospodarstwie domowem, aż do r. 1901. W r. 1901 przyjęła w C. posadę kasjerki w sklepie korzennym z pokojem do śniadań, zawarła tam pod koniec owego pobytu znajomość z pewnym oficerem, która trwała parę miesięcy. Na posadzie tej była rok i 8 miesięcy. Stamtąd poszła na nadzorczynię do zakładu psychjatrycznego w C. Była tam 6 miesięcy, straciła miejsce skutkiem plotek, jakie się wszczęły z powodu parokrotnego stosunku z prymarjuszem i doszły do uszu żony tego ostatniego. Po opuszczeniu tej posady udała się do babki do K., gdzie przebyła od r. 1903 do 1906. W r. 1906 wstąpiła do sądu w K. jako mundantka, gdzie była od 14.IX.906 do 2.IV.907. W sądzie zaznajomiła się z pewnym pracującym tam studentem i miewała

z nim stosunki. Od lipca r. 1907 była w Krakowie. Od 1.VII.07 do 1.I.08 pracowała tam w „Księdze adresowej". Od 1.I.08 do 15.V.1908 w „Spółce spożywczej", później do listopada r. 1910 w redakcji pisma „Nowa Reforma". Odtąd jest bez zajęcia, sypia w przytułku.

Pacjentka nie była nigdy pobożną, chodziła do spowiedzi raz na cztery lata, najwyżej raz na rok. Był czas, że w przeciągu 8 lat była wogóle w kościele ze 3 — 4 razy, i to tylko wtedy, jeśli ją ktoś zaciągnął. Księża również poprzednio nigdy jej nie interesowali.

W maju r. 1908 chora zaznajomiła się z pewnym zakonnikiem. Szła kiedyś ulicą, nagle zwrócił jej uwagę swą twarzą jakiś ksiądz. Spojrzała się na niego, on odpowiedział jej również spojrzeniem, obejrzała się za nim i zauważyła, że stanął nawet, oglądając się za nią, na rogu ulicy. Twarz owego księdza nie wychodziła jej z głowy i nazajutrz powiedziała sobie, że musi go odnaleźć i poznać. Przygotowała sobie karteczkę ze słowami „chcę z księdzem parę słów pomówić" i, kiedy nazajutrz w rzeczywistości go spotkała, rzuciła mu karteczkę, on karteczkę podniósł i spotkali się gdzieś w bramie. Miała z nim dwukrotnie stosunek, raz dostała od niego pieniądze. Później zakonnik ten unikał jej podobno i nie zaczepiał, kiedy go spotkała. W jakiś czas dopiero znowu chciał się do niej zbliżyć, jak z zachowania jego wnosiła, ale ona się od niego odsuwała, bo była zrażona. Kwestje moralne, t. j. chęć uniknięcia ponownego grzechu nie grały tu żadnej roli, rozstrzygał zaś pewien zawód co do postępowania księdza. Ksiądz ten we wrześniu zniknął jej z oczu. Wywarł on jednak swą osobą bardzo znaczny wpływ na nią, bardzo jej się podobał swymi poglądami, w których miał zaznaczać, że niema grzechu byle tylko wszystko trzymać w tajemnicy, nie wzbudzać zazdrości i nienawiści. Odtąd żywiej ją zaczęły interesować stosunki duchowieństwa.

Żadnych wyrzutów z powodów religijnych czy moralnych nie robiła sobie ani wtedy, ani nigdy poprzednio, kiedy miewała stosunki z mężczyznami. Wtedy pacjentka zaczęła zbierać różne wiadomości o księżach, przyglądała się im bliżej i częściej zaczęła chodzić do kościoła. Zajmowała ją przedewszystkiem kwestja, jak się księża wobec niej wskutek stosunków z księdzem zachowają i jak jeden na drugiego zapatrywać się będą. Poszła też wkrótce do spowiedzi do księdza R., ten oburzył się na tego, z kim miała stosunki, rozgrzeszenia jej jednak udzielił. W tym czasie usłyszała o pewnym księdzu F., który wymyśla bardzo przy spowiedzi penitentkom. Poszła do niego do spowiedzi, chociaż posiadała już rozgrzeszenie co do stosunków z księdzem, zrobiła to tylko po to, aby się przekonać, jak się względem niej zachowywać będzie. Gdyby jej robił jakie niewłaściwe uwagi, była przygotowana, żeby mu wskazać na niestosowność użytych wyrazów. Wyznała mu swe stosunki z księdzem, a nadto zapytana przyznała się do onanizmu, którym nigdy się nie zajmowała, aby w gorszem świetle się przedstawić. Pomimo wszystko ksiądz dał jej rozgrzeszenie i nie nawymyślał.

W jesieni r. 1908 potrzebowała dla zdobycia pożądanej posady protekcji księdza. Napisała w tym celu karteczkę do księdza R. z prośbą,

aby zechciał spotkać się z nią na plantach dla omówienia jej spraw. Karteczkę tę włożyła do książki do nabożeństwa, którą podała księdzu R. do poświęcenia. Ksiądz ten oddał jej książeczkę wraz z zawartą w niej karteczką, a w kazaniu, które miał zaraz potem, odpowiedział jej na karteczkę, „że niema dwóch dusz, z których jedną mógłby poświęcić przyjemnościom (to znaczy jej), a drugą Bogu". Chora twierdzi, że erotycznego celu, pisząc list, nie miała, nad niestosownością zaś żądania nie zastanawiała się.

W maju r. 1909 pacjentka usłyszała na spowiedzi od księdza N. słowa „czy w życiu codziennem i miłości prawdziwej niema cierpień?"; wzięła to do siebie i przypuszczała, że ks. F. opowiedział innym księżom, między innymi księdzu N., wszystko, co się dowiedział od niej na spowiedzi. Twierdzi, że ksiądz N. chciał z nią tylko „flirtować", a przerwał spowiedź natychmiast, kiedy się przekonał, że ona chce się tylko spowiadać. W tym samym okresie czasu chora zauważyła, że inni księża zwracają na nią uwagę i robią wrażenie, jakby chcieli z nią nawiązać stosunki.

Mniej więcej równocześnie (t. j. V.1909) zaczął się „flirt" chorej z księdzem X, który jej się bardzo z kazań podobał. Zapragnęła znajomości z nim, bo szukała przyjaźni, któraby jej dom zastąpić mogła. Ponieważ w jednem z kazań mówił o ukrzyżowaniu Chrystusa i jego ostatnich słowach na krzyżu („pragnę"), napisała do niego kartę, w której wychwalała jego zalety człowieka i kaznodziei, a nadto użyła rozmyślnie słowa „pragnę" w zdaniu „pragnę Cię poznać". Ksiądz X. miał jej odpowiedzieć na tę kartę w następnem kazaniu słowami następującemi: „Chrystus jeżeli wołał „pragnę", to dlatego, że miał „język spieczony", a nadto modlitwą Chrystusa „Ojcze, przebacz, bo nie wiedzą, co czynią". Dwa te zdania miały oznaczać, że przeor pragnie z nią bliższej znajomości, niech mu zatem Bóg przebaczy jego słabość.

W końcu czerwca r. 1909 chora poszła znowu do spowiedzi do księdza Y., jak mówi, głównie namówiona przez znajomą. Słyszała bowiem od tej ostatniej, że przy spowiedzi rozmawiał z nią bardzo długo i przyjemnie, mówiąc przytem nawet o swem własnem życiu. Znajoma ta mówiła do niej: „mówił mi ksiądz Y. różne rzeczy, ale nie mogę się na ni ecydować". Pacjentka przypuszcza, że robił jej jakieś propozycje seksualne. Otóż po części z własnej chęci przekonania się, czy i z nią ks. Y. będzie mówił w sposób podobny, a głównie ulegając znajomej, poszła do niego do spowiedzi. Kiedy pacjentka wśród grzechów swoich znowu wymieniła mu stosunki z mężczyzną — ksiądz Y. rzucił słowo „łajdak" na tego, kto miał z nią stosunki, ona zaczęła go bronić, sprzeczać i wymieniła wreszcie, że był księdzem. Ksiądz Y. zaczął się wtedy dopytywać jak się ksiądz ów nazywa i czy przy spowiedzi ją poznał, w tym bowiem razie chciał go oskarżyć przed biskupem. Odpowiedziała, że poznała go przy spowiedzi, choć w rzeczywistości było inaczej, nazwiska zaś zakonnika podać nie chciała. Ksiądz Y. rzucił wtedy na nią klątwę, aby ją zmusić do złożenia zeznania przy świadkach. Klątwy tej nie brała jednak głęboko do serca, ponieważ nie przy spowiedzi zakonnika poznała.

Tymczasem „flirt“ z księdzem X. ciągnął się dalej. Ażeby ostatecznie zbliżyć się do niego (miała w tem po za celem erotycznym cel praktyczny) poszła do niego do spowiedzi, zawiedziona jednak została, bo zamiast porozmawiać z nią, zapytał się „jakiemi grzechami obraziłaś Boga?“ Myślała, że znając ją z kartek, jakie do niego pisała, inaczej będzie się względem niej zachowywał. Innym razem miał jej powiedzieć przy konfesjonale: „kiedy chcesz miłości, to idź na ulicę“. Chora zaczęła wtedy księdza X. posądzać o bliższe stosunki z pewną nauczycielką znaną jej z widzenia i w tem upatrywała przyczynę odsuwania jej osoby od bliższej poufałości. Zaczęła wogóle dostrzegać stosunki księży z mnóstwem kobiet uczęszczających do kościoła. W pewnej chwili zdawało się chorej, że stosunek z nauczycielką zaczął ciążyć przeorowi, powiedział bowiem w kazaniu: „Bóg stał się małym robaczkiem“, miało to oznaczać, że przeor uczuł się zależnym od nauczycielki. Chcąc go skłonić do zerwania z nią i służyć mu radą, podrzuciła wycinek z „Nowej Reformy“ (N-r 205, 7.V.1910) z szeregiem artykułów o królu Edwardzie. Z artykułu p. t.: „Król Edward w polityce zagranicznej Anglji“ podkreśliła następujące słowa: „zagraniczna polityka angielska polega na zasadzie, że najniebezpieczniejszego wroga usiłuje się zgnębić, równocześnie zaś izoluje się go bardzo zręcznie zawieranymi sojuszami ze słabszymi. Już wielki wróg Anglji, Napoleon, powiedział o jej polityce, że „Anglja nie śpi, lecz stoi zawsze na swojem miejscu“. I nie spocznie ona dopóty, dopóki nie zagarnie w swe ręce handlu i kolonji całego świata“. W czasie stosunków przeora z ową nauczycielką ukazywała jej się ona niekiedy na jawie sama lub też z przeorem jako widzenie. Nauczycielka owa stała zazwyczaj między nią a przeorem. Pacjentka nie lubi jej i nie chciałaby się z nią nigdzie spotykać, aby przypadkiem jej nie pobić.

W maju r. 1910 usłyszała kiedyś na kazaniu słowa: „niewiasta jęczy pod klątwą i czeka, kto ją z niej wyzwoli“. Pomyślała, że to o niej mowa, i, choć przeświadczona o swej niewinności, poszła poinformować się, względnie wytłómaczyć, do zakonników, od których, jak przypuszczała, nieporozumienie to wyszło skutkiem fałszywych rewelacji księdza Y. Poszła tam do spowiedzi do księdza S., chcąc mu wyjaśnić, że przecież klątwa na nią spaśćby mogła tylko wtedy, gdyby prawdą było, że przy spowiedzi ją ksiądz do grzechu namówił, ona zaś poznała owego zakonnika na ulicy. Myślała na razie, że ks. S. przy spowiedzi rozgrzeszył ją z tej ekskomuniki.

W czerwcu r. 1910 pacjentka podrzuciła księżom X. i M. wycinek z „Nowej Reformy“ (N-r 261, 11.VI.1910) z artykułem Sienkiewicza „Czy obchodzić pięćsetną rocznicę Grunwaldu?“ i drugim p. t. „Zbawca dusz“ (O Grzegorzu Rasputinie, osławionym „zbawcy dusz“, przyjacielu archijereja Teofana; został on uwięziony i zesłany do gubernji tambowskiej). Pierwszy artykuł stosować się miał do księdza M., któremu ksiądz X., nawiązawszy stosunek z nauczycielką, miał ją „przekazać“. Popodkreślała ona w artykule tym różne zdania, które miały oznaczać, że z księdzem X. była miłość, z nim zaś może być co najwyżej przyjaźń. Na wycinku napisane

zostały słowa, zwrócone do ks. X „rok dobiega, jak się znamy z widzenia, przeczytaj to i zrozum". Na drugiej stronie, po której jest artykuł „Zbawca dusz", tytuł ten jest podkreślony, koło niego napisana pierwsza litera ks. X. z wykrzyknikiem. Artykuł ten zniesławiający Rasputina miał być policzkiem dla księdza X.

W lecie r. 1910 chora czuła się bardzo osłabiona, ciągle by tylko spała, w głowie doznawała wrażenia pustki. Zaczęła posądzać, że to księża na nią w sposób podobny działają. Mając wątpliwości co do zdjęcia z niej ekskomuniki przez ks. S. wobec tego, że działanie złośliwe księży— „ćmienie" nie ustawało, poszła w sierpniu tegoż roku do spowiedzi do biskupa, aby mu sprawę swoją wyłuszczyć, przypuszczała bowiem, że tylko niektórzy duchowni z ekskomunik mogą rozgrzeszać. Kiedy wspomniała biskupowi o ekskomunice miał się roześmiać, później zapytał jej się, czy pości w piątki. Odpowiedziała, że nie pości, bo czuje się chorą. Powiedział jej wtedy biskup: „jeśli ci tak o ten kawałek mięsa idzie, to daje ci nań dyspensę" (miał mieć na myśli stosunki płciowe). Na zakończenie dodał: „oddaj się Bogu, ufaj Bogu, a Bóg cię nie opuści". Te ostatnie słowa wskazywały według chorej, że ma się oddać księdzu X. Odeszła od spowiedzi u biskupa z przeświadczeniem, że została z ekskomuniki zwolnioną, „ćmienie" późniejsze utrwaliło ją jednak w tem przekonaniu, że klątwa ciąży jeszcze nad nią.

„Ćmienie" w ostatnich miesiącach znacznie się pogorszyło. Obecnie odczuwa ona nie pustkę w głowie i osłabienie, ale ból i zawrót. „Ćmienie" to polega na tem, że „natura uderza na mózg". Sprawiają je księża jakimiś tajemniczymi środkami na odległość. „Przelewają oni duchowo swe chuci" na nią, „onanizmują" ją. Celem „ćmienia" zmuszenie jej do uległości.

Obecnie pacjentka pisuje do księży listy z wymyślaniami od „byków, dziewkarzy" i grozi im, że bić ich będzie. Oni ze swej strony mają jej grozić, że jeśli wyda ich stosunki z swą bratową bratu, „mieczami by ją roznieśli" („Miecz" oznacza według słów chorej penis). Chce ona stosunku tylko z jednym ks. X, księża zaś chcieliby stosunku, jaki zazwyczaj między nimi panuje t. j. stosunków z kilkoma na raz. Opiera to przeświadczenie na następujących słowach kazania jednego z księży „panienka święta miała siedem mieczów w sercu swoim" (miecz = penis). Kiedyindziej słyszała, jak po trzykroć ksiądz powtarzał w kazaniu: „święty, święty, święty". Dwa te zdania oznaczać miały, że jeśli kto będzie miał stosunek z przeorem, to musi mieć stosunek jeszcze z 7 innymi księżmi, jeśli ze zwykłym księdzem, to tylko z 3-ma drugimi. Wogóle pewne wyrazy w kazaniach mają dla chorej zupełnie określone znaczenie: Bóg wcielony = ksiądz, Marja = żona poczmistrza, Matka Boska = żona kapitana i t. d.

Streszczając nasz przypadek w krótkości, powiedzieć możemy, co następuje:

Pacjentka była dziedzicznie nieco obarczoną (ojciec jej miał sprawę sądową o defraudację), zdradzała przez całe życie pewne niezrównoważenie, była zawsze jakby istotą „wykolejoną“ o popędzie płciowym bardzo silnie się przejawiającym, o tendencjach wyraźnie poligamicznych zaznaczonych w szeregu stosunków, jakie miewała z różnymi młodymi ludźmi. W maju r. 1908 nastąpiło jej zaznajomienie się z zakonnikiem. Sposób, w jaki stosunek ten został nawiązany, wykazuje bez wątpienia już podniecenie płciowe o charakterze nieco chorobliwym. Wrażenie, jakie ksiądz ów dotychczas nigdy nie widziany, a spotkany na ulicy na chorą sprawił, postanowienie zaznajomienia się z nim dalekie są od zachowania się prostytutki zawodowej, świadczą natomiast o silnem napięciu uczucia wybuchającego pod wpływem błahego powodu. Wyrzutów natury moralnej pacjentka nie robiła sobie żadnych, chodziła jednak do spowiedzi — głównie, aby się dowiedzieć, jak się księża wobec niej po miłostce z księdzem zachowują i jak się będą na to zapatrywać. Była dwukrotnie u spowiedzi z wyznaniem tego samego grzechu, u jednego księdza dla tego tylko, że wiedziała o nim z opinji, że gniewa się na penitentki, przyznała się wtedy nawet do niepopełnionych grzechów. Zaczęła ona śledzić bacznie księży, a po kilku miesiącach zaczęła zdradzać wyraźny egocentryzm (Beziehungswahn), słowa kazania stosowała do siebie (jesień — 1908). W maju r. 1909 zauważyła, że ksiądz N. zamiast ją spowiadać, chce z nią „flirtować“, posądzała go więc, że dowiedział się o jej stosunkach z zakonnikiem i dlatego obecnie sam się do niej w podobnym celu zwraca. Również i inni spoglądali na nią, jakgdyby chcieli z nią bliższych stosunków. W tym samym czasie pacjentka próbowała nawiązać stosunek z pewnym księdzem X., który jej się bardzo z kazań podobał: robiła to, pisząc do niego kartki i listy, na które ten odpowiadał w kazaniach. Kiedy stosunek ten mimo wszystko pozostawał daleki, zaczęła księdza X. posądzać o stosunki z kimś innym, wreszcie w maju r. 1910 zaczęła przypuszczać, że jeden z księży, u którego spowiadała się w czerwcu r. 1910, zawiesił nad nią ekskomunikę.

Odtąd zaczęła się też czuć bardzo osłabiona i senna, w głowie miała uczucie pustki, księży uważała za sprawców swego

nienormalnego stanu. Chodziła wciąż do spowiedzi, aby uzyskać rozgrzeszenie od ekskomuniki, ale ponieważ „ćmienie“ księży powtarzało się, jest więc przekonana, że klątwy z niej nie zdjęto.

„Ćmienie“ to ma charakter wyraźnie płciowy, polega ono na tem, że „natura uderza na mózg“, że księża duchowo przelewają na nią swoje chuci i onanizmują ją. Chora obraca się obecnie w sprzecznościach, których rozwikłać nie jest w stanie: z jednej strony nikt się z nią nie chce porozumiewać, nawet ten, którego ona kocha, rzucają na nią ekskomunikę, z drugiej strony widzi, że księża mają „stosunki“ ze wszystkiemi prawie kobietami, które chodzą do kościoła, że wzajemnie je sobie wymieniają, że „ćmią“ ją, aby zmusić ją do zbliżenia się ku nim, że ksiądz X. sam wreszcie daje jej swe uczucia dla niej poznać.

Krótko mówiąc, mamy tu do czynienia z chorą erotomanką prześladowaną na tle płciowem, przyczem, co najważniejsza, *stan prześladowania płciowego poprzedzony jest przez okres wybitnego wzmożenia popędu płciowego*, a później egocentryzmu. W przeciągu całego życia chora zdradza niewątpliwie skłonności poligamiczne, które w pierwszym okresie choroby wyraźnie się potęgują. W okresie drugim choroby (od maja r. 1910) podniecenie płciowe zaczyna się coraz bardziej ukrywać po za urojeniami prześladowczemi charakteru płciowego, a po części istnieje z niem równolegle.

Przeciwko podobnej rekonstrukcji przebiegu choroby na zasadzie wywiadów zebranych tylko od chorej (po części jednak stwierdzonych faktami objektywnymi: świadectwa chorej, wycinki z gazet) można podnieść ten zarzut, że pacjentka fałszuje wspomnienia i tworzy urojenia retrospektywne. Sądzę jednak, że, jeśli się o tej skłonności umysłu paranoidalnego tłomaczenia sobie wydarzeń dawniejszych swego życia pamięta, można poważniejszych błędów w odtworzeniu dziejów choroby uniknąć. U naszej chorej istnieje bez wątpienia tendencja do tłómaczenia sobie przeszłości z punktu widzenia jej teraźniejszych stanów chorobliwych, przejawia się to zwłaszcza w tłómaczeniu sobie spowiedzi u ks. Y. w czerwcu r. 1909, którą zrozumiała dopiero w maju r. 1910, odkąd wyraziła przypuszczenie, że wtedy w czerwcu zawieszono nad nią klątwę. Bez wątpienia wiele szczegółów opowiadania chorej przez to retrospektywne tłómaczenie wydarzeń zostało przeinaczone, a skutkiem tego nie dość jasno przed-

stawione, zwłaszcza jej spowiedzie wymagałyby pewnych szczegółowych wyjaśnień; w każdym jednak razie nie ulega najmniejszej wątpliwości, że urojenia prześladowcze zjawiły się w umyśle chorej dopiero w lecie r. 1910, podczas gdy choroba zaczęła się już wcześniej. Urojenią retrospektywne nie stworzyły faktów z r. 1908 i 1909 świadczących o wyraźnie chorobliwem usposobieniu chorej (podniecenie płciowe, egocentryzm) a co do urojeń prześladowczych to wpłynęłyby raczej na przesunięcie chwili ich wystąpienia z r. 1910 dalej w przeszłość aż do wydarzeń z roku 1908 czy 1909.

Skoro zatem nie mamy zadnych skrupułów, aby uznać powyższą rekonstrukcję historji choroby i jej zestawienie z curriculum vitae, możemy z nich wyciągnąć pewne wnioski co do powstawania urojeń prześladowczych na tle płciowem, a być może nawet urojeń prześladowczych wogóle. Przedewszystkiem możemy stwierdzić, że treść urojeń nie wykracza po za zasadnicze tendencje danego indywiduum, a jest dalszym ciągiem rozwoju tych „kompleksów“ wyobrażeniowych, które go cechowały za czasów zdrowia. U naszej pacjentki treść płciowa, grająca zasadniczą rolę w jej życiu, a doprowadzająca ją do zerwania z rodziną, uniemożliwiająca jej życie zrównoważone i planowe, a nie pozbawiająca jej pragnienia zakosztowania życia rodzinnego, ciągnie się dalej w chorobie, a wreszcie determinuje treść płciową jej urojeń prześladowczych. A zatem mamy u naszej chorej szereg cech wspólnych treści psychicznej za czasów zdrowia i choroby. Treść urojeń prześladowczych nie zjawia się zupełnie nowa — niespodzianie i nieoczekiwanie.

Istnieje jednak pomiędzy treścią urojeń prześladowczych a tendencjami naszej chorej z czasów zdrowia różnica zasadnicza, jaka rozdziela pojęcia zła i dobra, piękna i brzydoty, światła i ciemności, są one mianowicie wzajemnie dla siebie przeciwieństwem. Chora, która za czasów zdrowia bez skrupułów moralrych swe popędy płciowe zaspakajała, która w pierwszym okresie choroby jest płciowo podniecona, doznaje w jej dalszym rozwoju prześladowań na tle płciowem, cierpi wskutek tego, że „inni na nią duchowo swe chuci przelewają“, rzuciwszy klątwę, aby ją zmusić do uległości.

Otóż jak wyobrazić sobie tę zamianę pewnego stanu psychicznego na inny jemu wręcz przeciwny, pewnego stanu czynnego na stan biernego doznawania? Jest to zarazem zagadnie-

nie ogólniejszej natury, z którem psychopatologja ma na każdym kroku do czynienia. Umysł nasz ma skłonność, twierdzi Freud, do tworzenia światopoglądu na modłę naszych życzeń i dążeń. W snach, twórczości artystycznej, urojeniach chorych umysłowo czy symptomatologji nerwic, a nawet po części w najnormalniejszym umyśle przejawia się dążność do przekręcania rzeczywistości i przedstawiania jej w postaci dla nas przyjemniejszej, bardziej pożądanej, w której życzenia są spełnione. Dlaczego zatem tak wiele przejawów chorób umysłowych czy nerwowych jest dla chorego męczarnią nie do zniesienia? Skąd strach, natręctwa myślowe, urojenia prześladowcze? Nie będę tu na to trudne, a nader ciekawe pytanie odpowiadał w całej rozciągłości, poprzestanę na wskazaniu kilku faktów, które w sprawie urojeń prześladowczych mogą służyć choć w części wyjaśnieniem, a zarazem punktem wyjścia do dalszych poszukiwań.

Uprzytomnijmy sobie stan psychiczny osoby, która w podnieceniu płciowem stosuje wszystkie słowa usłyszane do siebie, pragnie nawiązać stosunek z księdzem X., spostrzega jego afekt ku sobie, a jednocześnie chęć zaznajomienia się z nią innych księży. Nie dostrzega ona fałszywości swoich spostrzeżeń, a z drugiej strony doczekać się nie może rozmowy i znajomości z księdzem X., który widzi w niej tylko jedną z wiernych i traktuje ję jako taką. Zaczyna go więc posądzać o stosunki z innemi kobietami, domyśla się chwilami, że on „przekazał" ją innym, a ci inni, widząc jej chłód dla siebie, zaczynają się na niej mścić, rzucają ekskomunikę i „ćmią" ją t. j. przelewają na nią jakimiś tajemniczymi sposobami swe chuci, aby ją zmusić do zbliżenia się ku nim, a przeszkodzić stosunkom z przeorem. Zauważyć jednak należy, że nawet sam przeor w prześladowaniu tem bierze udział z tą jedynie różnicą, że on „poćmił" ją raz jeden tylko, podczas gdy inni ani jednego dnia w spokoju jej nie zostawiają.

Analizując w powyższy sposób historję urojeń naszej chorej powiedzieć możemy bez naciągania faktów przedewszystkiem, że znalazła ona w warunkach zewnętrznych przeszkodę dla urzeczywistnienia swych chorobliwych życzeń i ta przeszkoda doprowadziła ją stopniowo do urojeń prześladowczych. Bleuler cytuje interesujący przykład pewnego chorego nauczyciela — alkoholika, który widział w omamie pochód uro-

czysty swych uczennic, śpiewających hymny pochwalne na jego cześć i niosących mu podarki, między innymi olbrzymi syfon wody i młynek od kawy, które miały symbolizować jego abstynencję, a więc przezwyciężenie nałogu. Kiedy pielęgniarz przeszkodził mu wyjść na spotkanie pochodu, dzieci zamieniły hymny pochwalne na pieśni szydercze. B l e u l e r twierdzi, że powstawanie urojeń prześladowczych z niespełnionych życzeń jest zjawiskiem w chorobach umysłowych bardzo powszechnem, robi przytem bardzo zasadniczą uwagę, że urojenia prześladowcze nie są nawiązywane do rzeczywistych przeszkód, lecz do osób grających najwybitniejszą rolę w marzeniach upragnionych. To samo powiedzieć można i o naszej chorej, która przeszkodę dla spełnienia życzeń widzi nie we własnych niewłaściwościach postępowania, ani obrzędach kościelnych czy formach życiowych, lecz w księżach.

Jeśli mówimy, że urojenia prześladowcze powstają z niespełnionych pragnień chorego, nie znaczy to bynajmniej, jak to zastrzedz muszę, aby wypełnienie życzenia chorego, w naszym przypadku nawiązanie stosunku bliższego z księdzem X. miało zapobiedz powstawaniu urojeń prześladowczych; wygórowane żądania chorej i wrażliwość chorobliwa nawet wtedy bez wątpienia do urojeń prześladowczych by doprowadziły, ponieważ jej życzenia zaspokojone by nie były. Powiedziećby można z równą dozą prawdopodobieństwa, że pierwszy stosunek z zakonnikiem dał początek wzmożenia stanu psychopatycznego, nie dając jej dążeniom zaspokojenia, i przyczynił się pośrednio do pojawienia się w następstwie urojeń prześladowczych. W istocie rzeczy w dementia paranoides nie można mówić o rzeczywistem zadośćuczynieniu życzeń chorego, gdyż cechą zasadniczą pragnień jego jest skutkiem naruszonego stosunku do świata zewnętrznego i niezdolności przystosowywania się ich n i e z i s z c z a l n o ś ć. Innemi słowy, jeśli mówimy o roli niespełnionych życzeń dla genezy urojeń prześladowczych, jeśli mówimy o ich mechanizmie psychicznym nie przesądza to bynajmniej trudnego zagadnienia etjologji objawów choroby umysłowej, lecz dotyczy tylko ich „d e t e r m i n a c j i p s y c h o l o g i c z n e j". Nie będę się tu również wdawał w dociekania, dlaczego niespełnione pragnienia u ludzi normalnych nie wywołują żadnych objawów, w stanie zaś psychopatycznym doprowadzają raz do histerji, innym razem do

urojeń prześladowczych czy innych, bez wątpienia pomiędzy niespełnionemi aspiracjami chorego a sprawą urojeń prześladowczych istnieje wiele zagadnień do wyjaśnienia, nam jednak idzie na razie tylko o stwierdzenie ich wzajemnego następstwa.

Roztrząsając dalej przeszkody nasuwające się dla urzeczywistnienia życzeń naszej chorej, rozklasyfikować je możemy na przeszkody dwojakiego rodzaju: jedne wynikały z zewnątrz z warunków otoczenia, drugie z wewnątrz — z umysłu pacjentki. Chora dąży do zbliżenia się z księdzem X., napotyka jednak w otoczeniu tyle przeszkód, że poza porozumiewanie się z nim przy pomocy różnych znaków i symbolicznych słów w kazaniu wyjść nie może. Ksiądz X. zachowuje się wobec niej bardzo tajemniczo tak, że chora posądza go nawet o stosunki z pewną nauczycielką, choć ten niejednokrotnie ma okazywać jej, że ją kocha, a ona jest tego nawet pewna. Do piętrzących się w wyobraźni chorej trudności zewnętrznych do przeprowadzenia zamiarów dołączają się jednak równocześnie przeszkody wewnętrzne, skrupuły moralne i walka ze sobą, pacjentka dostrzega bowiem, że inni księża całe jej dzieje i życie płciowe dotychczasowe znają, żądają od niej zbliżenia się ku nim, na co ona żadną miarą przystać nie chce. Skoro nie chce im ulec, zaczynają ją prześladować. Poza przeszkodami zewnętrznemi działa w niej zatem równolegle sprawa psychiczna polegająca na tłumieniu (Verdraengung Freud'a), układzie obronnym, hamującym nieskrępowane wyładowywanie się popędów, a zdobytym przez wychowanie i życie społeczne. Celem tłumienia jest usunięcie nieznośnych choremu wyobrażeń ze świadomości, konsekwentny rozwój ich bowiem mógłby doprowadzić do starcia ich z resztą świadomości, która ich uznać nie chce. Pamiętać przytem należy skoro mowa o doniosłości przeszkód różnego rodzaju w rozwoju działalności danego osobnika, że trudności urojone powstające w warunkach choroby zazwyczaj przewyższają znacznie rzeczywiste, stąd oczywiście i reakcja na nie musi być bardziej gwałtowna.

Czy czynnikom zewnętrznym czy też wewnętrznym należy oddać w naszym przypadku pierwszeństwo rozstrzygnąć z całą pewnością nie mogę, według wszelkiego prawdopodobieństwa jednak tłumienie gra w nim rolę bardzo wybitną, ułatwia ono zwłaszcza zrozumienie faktu, że naczelną rolę w prześladowaniu odgrywa nie przeor, lecz inni księża, których pacjentka znać

nie pragnie. Ksiądz X., którego pacjentka kocha, „poćmił“ ją dotychczas raz tylko i to w ostatnich czasach; powiedział jej wtedy, aby poszła z kościoła, prawdopodobnie dla tego, przypuszcza chora, że inni księża się zbliżali. Inni księża grają dlatego rolę przeważną w urojeniach prześladowczych chorej, że są dla niej nie tylko przeszkodą bierną, ale nadto robili jej propozycje, na które zgodzić się nie chciała. Ksiądz X., jej kochanek domniemany, być może będzie kiedyś jej pierwszym prześladowcą, ale wtedy dopiero, jeśli ona straci co do jego wzajemności wszelką nadzieję i swe uczucia dla niego stłumi. W każdym bądź razie rozłączenie tych dwóch różnych rodzajów przeszkód wewnętrznych i zewnętrznych wydaje się rzeczą bardzo trudną, a być może niedościgniona, zapytywać się można nawet, czy tłumienie psychiczne lub narzucające się przeszkody zewnętrzne mogą występować jako punkt wyjścia dla urojeń pojedyńczo i od siebie niezależnie. Wzrastające przeszkody zewnętrzne potęgują bez wątpienia tłumienie, które występuje wtedy jako czynnik wprost biologiczny ochraniający przed wszelkiego rodzaju wykroczeniami i zboczeniami, z drugiej strony zwiększające się trudności wewnętrzne (Verdraengung) sprowadzają z konieczności przeszkody, jakich człowiek, nie znający rozterek w swej świadomości nie spotyka (audaces fortuna juvat i odwrotnie).

Nie można przesądzać, czy odnaleziona przez nas w przypadku powyższym determinacja psychologiczna jest w powstawaniu urojeń prześladowczych jedyną, a zarazem powszechną, t. j. czy zawsze w przypadkach urojeń prześladowczych da się wykazać i udowodnić. W części przypadków wykazać ją trudno z powodu braków wywiadowczych, w innych być może grają inne mechanizmy dotychczas nieznane rolę pierwszorzędną, w każdym bądź razie powstawanie urojeń prześladowczych z niespełnionych pragnień jest sprawą dość częstą, aby zwrócić na siebie zasłużoną uwagę.

Co się tyczy piśmiennictwa poruszonego tutaj zagadnienia, to mechanizm tłumienia drogą rzutowania na zewnątrz tłumionych „kompleksów“ wyobrażeniowych wskazał pierwszy Freud jeszcze w roku 1896. Na jego doniosłe znaczenie w psychozach wskazał wreszcie Bleuler i jego uczniowie, jak Abraham i ostatnio Maeder. Bleuler i Maeder zwracają wreszcie

uwagę na przeszkody zewnętrzne jako punkt wyjścia dla urojeń prześladowczych. Ten ostatni mechanizm nazwał Maeder używotnieniem (uduchowieniem) przeszkody czy oporu i nawiązał go do pierwotnego animizmu.

Na zakończenie podaję rezultat jednego z doświadczeń nad skojarzeniami wykonanych metodą Junga. Jak wiadomo autor ten wychodzi z założenia, że w skojarzeniach reakcja badanego na dany wyraz sygnałowy (Reizwort) nie może być przypadkową, lecz zależy ściśle od treści wyobrażeniowej osoby reagującej. Na zasadzie doświadczeń swoich dochodzi on do wniosku, że przy pomocy badania skojarzeń możemy poznać szereg „kompleksów" t. j. grup wyobrażeniowych silne zabarwionych wzruszeniowo, które wpływają na reakcję osoby badanej na dany wyraz sygnałowy. Do oznak wskazujących na dotknięcie przez wyraz sygnałowy „kompleksu" należą: 1) niezwykła treść reakcji, 2) przedłużenie czasu reakcji, 3) fałszywa reprodukcja i 4) fakt persewera- cji poruszonego przez wyraz sygnałowy afektu czyli działanie następcze pewnego „kompleksu", przejawiające się w reakcji wobec wyrazów obojętnych, t. j. nie dotykających bezpośrednio „kompleksów", a następujących po wyrazie krytycznym, a więc nieobojętnym.

Doświadczenie, jakie podaję poniżej, ma służyć za dowód, jak łatwo można się zorjentować przy pomocy tej metody co do konstelacji wyobrażeń osoby reagującej. Schemat, jakim się posługiwałem, wzięty jest z Junga, od siebie dodałem tylko na końcu jeden wyraz „ksiądz". Średnia prawdopodobna czasu reakcji wynosiła dla naszej chorej 3 sekundy, reakcję dłuższą od 3-ch sekund uważamy u niej za oznakę poruszenia „kompleksu". Podkreślone zostały oznaki „kompleksów", litera p. oznacza, że wyraz sygnałowy został przez chorą powtórzony, + odpowiada dobrej reprodukcji. W nawiasie ( ) umieszczone zostały uwagi badającego.

N-r	Wyraz sygnałowy	Reakcja	Czas	Reprodukcja
1.	Głowa	boli	3	+
2.	zielony	kolor	2,6	lubię
3.	woda	płynie	2,2	+
4.	śpiewać	nie lubię... czy to jest głupie? czy to jest?...	2,6	lubię, później +
5.	śmierć	ja nie wiem, co na to odpowiedzieć	7	nie pamiętam
	(chora obawia się, że umrze skutkiem prześladowań w szale. Fałszywa reprodukcja przy wyrazie 2 i jej zaburzenia przy 4 nie są dość jasne, być może kolor zielony występuje tu jako popularny symbol nadziei. Co zaś do śpiewu, to jest on kontrastem wobec jej przykrej sytuacji obecnej).			
6.	długi	stół	3,4	+
	(perseweracja afektu)			
7.	okręt	płynie	2,2	+
8.	płacić	nie wiem co	4,8	+
	(chora żyje w nędzy, nie wie, za co ma „płacić“ księżom, czemu jest prześladowana)			
9.	okno	duże	3,8	+
	(perseweracja afektu)			
10.	przyjazny	kto	3,6	+
	(dążność do przyjaźni)			
11.	stół	biały . . . o tym stole myślałam (pokazuje stół, przy którym siedzi)	1,8	+
12.	pytać	co?	1,4	+
13.	wieś	która?	1,6	+
14.	zimny	(p.) lód	5,4	+
	(„kompleks“ przyjaźni)			
15.	łodyga	z czego?	3	+
16.	tańczyć	nie lubię	2,4	+
17.	jezioro	zmarzłe	3	+
18.	chory	ja	2,4	+
19.	pycha	u mnie	3,6	+
	(pacjentka nie chce ulec księżom)			
20.	gotować	nie umiem	2,8	+
21.	atrament	czarny	1,6	+

N-r	Wyraz sygnałowy	Reakcja	Czas	Reprodukcja
22.	zły	na to nie mogę odpowiedzieć... jak zły, to jest ks. X. zły.	8,2	kto?

(ks. X. ma być przyczyną wszystkich prześladowań chorej)

23.	igła	ostra	2,2	+
24.	pływać	nie umiem	2,2	+
25.	podróż	dokąd	4,2	nie wiem, po co

(brak pieniędzy na wyjazd z Krakowa, którego chora pragnie, życzenie zmiany losu).

26.	błękitny	lubię kolor błękitny	2,6	+
27.	lampa	co z tą lampą?	6,6	nie wiem

(Chora przypomina sobie urywek jednego z kazań, w którem miała być zastosowana do pacjentki przypowieść biblijna o pannach głupich, które, wychodząc na spotkanie oblubieńca, nie wzięły oleju do lamp).

28.	grzeszyć	nie wiem, co na to odpowiedzieć, już na żadne pytanie więcej nie odpowiem, ...grzeszyć nie chcę.	6,2	+

(„Grzechy" młodości, prześladowania obecne)

29.	chleb	żytni	4,2	+

(perseweracja afektu)

30.	bogaty	wuj	2,2	+
31.	drzewo	opałowe	2,6	+
32.	kłuć	co?	3,0	nie wiem co

(prześladowania)

33.	współczucie	z kim?	2,8	nie wiem

(kompleks przyjaźni)

34.	żółty	nieznośny	4,8	+

(żółty kolor ma oznaczać zazdrość (skojarzenie chorej): księża nie chcą jej związku z ks. X).

35.	góra	Humora	2,6	+
36.	umierać	chcę	2,2	+
37.	sól	(p.) słowa ... ja tego nie rozumiem	10	+

N-r	Wyraz sygnałowy	Reakcja	Czas	Reprodukcja
	(perseweracja afektu poruszonego przez wyraz „umierać": chora boi się śmierci; być może jednak sam wyraz „sól" — skojarzył się z wyobrażeniem prześladowań („sól w oku")			
38.	nowy	(p.) kapelusz	7	+
	(perseweracja, być może kompleks ubóstwa)			
39.	obyczaj	jaki?	3,4	+
	(perseweracja, wspomnienia z zakresu życia płciowego)			
40.	modlić się	lubię, ale nie zawsze	3,4	+
	(perseweracja, kompleks duchowieństwa)			
41.	pieniądz	nie mam	2	jaki
	(kompleks ubóstwa)			
42.	głupi	(uśmiecha się) kto?	4,8	+
	(wyrzuty sobie i innym z powodu błędów popełnionych)			
43.	kajet	polski	7	jaki?
	(kajet ze zbiorem erotyków, których część chora posyłała w listach księdza X.)			
44.	pogardzać	nikim	3,4	kim?
	(jest pogardzoną i pogardza sama)			
45.	palec	czyj?	2,6	+
46.	drogi	pierścień	2,4	+
47.	ptak	jaki	3,6	+
	(perseweracja afektu zbudzonego przez wyobrażenie drogiego pierścienia)			
48.	padać	rusza ramionami, nie odpowiada nic	15	nic nie wiem... ...na lodzie
	(stosunki chorej z różnymi młodymi ludźmi i prześladowania obecne)			
49.	książka	ja już nie będę odpowiadać... jaka?	15	+
	(perseweracja afektu)			
50.	niesprawiedliwie	co?	2,8	Bóg
	(prześladowania przez księży, zmiana zapatrywań chorej na religię)			

N-r	Wyraz sygnałowy	Reakcja	Czas	Reprodukcja
51.	ksiądz	(śmieje się) ja nic nie powiem	11	ksiądz X.

(księża — jej prześladowcy)

Na zakończenie niech mi wolno będzie złożyć podziękowanie Panu Profesorowi Piltzowi za oddanie mi powyższego przypadku do rozporządzenia.

PIŚMIENNICTWO.

1) Abraham. Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus — Zeitschrift f. Seksualwissenschaft, 1908, N-r 8

2) Bleuler. Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. Psychiatr.-Neurol. Wochenschrift, 1906.

3) Freud. Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. Neurologisches Centralblatt, 1896, N-r 10.

4) Jung. Diagnostische Assoziationsstudien. Beiträge zur experimentellen Psychopathologie. 1 Bd. 1906.

5) Maeder. Psychologische Untersuchungen an Dementia praecox-Kranken. Jahrb. f. psychoanalitysche und psychopathologische Forschungen. II Bd. 1 Hälfte. 1910.

Z oddziału dla chorych nerwowych D-ra med. Ed. Flataua
w Szpitalu Żydowskim na Czystem.

O PRÓCHNIENIU KRĘGÓW (MALUM POTTII) BEZ GARBU W WIEKU PODESZŁYM.

podał

JULJAN ROTSTADT.

Gdy mowa o chorobie Potta, mamy zazwyczaj na myśli zniekształcenie kręgosłupa w postaci mniejszego lub większego garbu, spowodowane przez osunięcie się próchniejących kręgów pod wpływem oporu i ciężaru zdrowych części kręgosłupa i tułowia. Doświadczenie uczy jednak, że tak bynajmniej nie jest, że przeciwnie, zwłaszcza w wieku dojrzałym i podeszłym, gruźlica kręgów może powstać i przebiegać bez widomego znaku zniekształcenia, i że jedynym objawem mogą być: ukryty lub jawny ropień opadowy albo zaburzenia nerwowe pochodzenia uciskowego. Najczęściej i najłatwiej garb tworzy się w wieku dziecinnym, młodzieńczym, kiedy kręgosłup nie posiada jeszcze dojrzałej trwałości spojenia kręgów ze sobą, gdy gruźlica ma przebieg ostry, podostry, a sprawa zapalna obejmuje całe trzony kręgów, niszczy je zupełnie, niekiedy nawet przechodzi na łuki. Gdy brak skrzywienia kręgosłupa, a jest to zjawisko częste w wieku dojrzałym, wtedy zserowaciałe masy gruźlicze gromadzą się w miejscu określonem, drażnią zewnętrzną powierzchnię opony twardej, wywołują patologiczny przerost jej i zgrubienie, zwężają stopniowo coraz bardziej światło kanału i powodują objawy ucisku rdzenia. Podczas gdy więc w wieku dziecinnym i młodzieńczym powstanie obrazu klinicznego próchnienia kręgów znamionuje przedewszystkiem większe lub mniejsze skrzywienie kręgosłupa, a zaburzenia korzonkowe i rdzeniowe albo zupełnie nie

występują, albo też zjawiają się jako objaw przelotny lub stały na skutek niepomyślnych warunków tworzenia się garbu, to brak skrzywienia — zniekształcenia kręgosłupa spostrzega się przedewszystkiem, jak już zaznaczono, w wieku dojrzałym. Z 20 przypadków Touche'a brakło go w 9-iu. Alquier w swej pracy o cierpieniu Potta bez garbatości przytacza przypadki Lionville'a, Berber'a, Siredey'a, Verger'a, Laubie'go i 4 własne, przedstawione wraz z Raymondem na kongresie międzynarodowym gruźliczym w 1905 r. Z 14-tu odpowiednich obserwacji klinicznych Ficklera w 3-ch brakło również skrzywienia. Ascenzi omawia szczegółowo w Encephale w N-r 11 z r. 1910 przypadek, w którym cierpienie gruźlicze kręgów objawiło się po raz pierwszy w wieku starczym pod postacią zawiłej sprawy rdzeniowej uciskowej, a przebiegało bez wszelkiego zniekształcenia kręgosłupa. Do tej samej kategorji obserwacji należy zaliczyć i nasz przypadek próchnienia kręgów u starca, podany niżej. We wszystkich wskazanych spostrzeżeniach istniały natomiast mniej lub więcej zaznaczone i bardzo złożone objawy uciskowe rdzenia i korzeni.

Fickler, mówiąc o sprawach uciskowych w chorobie Potta, twierdzi, że cierpienie to wystąpić może pierwotnie w każdym wieku; zjawienie się jego w wieku podeszłym, starczym, należy zaliczyć jednak do objawów bardzo rzadkich. 2-u chorych Ficklera miało lat 68; Schwam spostrzegał pierwotne próchnienie kręgów u 76-letniej kobiety. Z chorych Alquiera jedna zapadła w 70 roku życia, druga w 69-ym po raz pierwszy na gruźlicę kręgów, powodującą ciężkie objawy rdzeniowe. Chory Ascenziego był 68-letnim starcem. Dlatego też rozpoznanie choroby Potta z objawami nerwowemi w wieku podeszłym i bez widomego zewnętrznego znaku gruźliczej sprawy rozpadowej kręgów może w pewnych warunkach stworzyć niezmierne trudności rozpoznawcze. Alquier w pracy swej „Principales formes des troubles nerveux dans le mal de Pott sans gibbosité" stara się wyodrębnić kilka głównych postaci klinicznych cierpienia i uzupełnić symptomatologję. Dowodem niezwykłych trudności rozpoznawczych służyć może podana poniżej obserwacja kliniczna, uzupełniona badaniem anatomo-patologicznem.

Ch. K., lat 72, zapisany na oddział 16 Lutego 1904 r. O przebiegu swego cierpienia pamięta zaledwie nieliczne szczegóły. Tak

więc 5 miesięcy temu spostrzegać zaczął osłabienie górnych kończyn, a na miesiąc przed przybyciem do szpitala słabnąć zaczęły również i dolne kończyny. Po za tem spostrzega, że mu chudną ręce, zwłaszcza dłoń lewa. Chory sądzi, że cierpienie jego szybko postępuje w rozwoju. Nigdy przedtem poważnie nie chorował. Miał zdrowe dzieci; żona nie roniła.

Stan obecny. Chory -- starzec blady, wzrostu średniego, umiarkowanie odżywiany, o budowie normalnej. Ma mimikę twarzy zachowaną dobrze; wzrok, słuch, mowa, łykanie, żucie normalne. Dno oka niezmienione. Źrenice równomierne; oddziaływanie na światło, na nastawianie i zbieżność zachowane dobrze; ruchomość gałek ocznych prawidłowa, o rozmiarze dostatecznym, bez drżenia. Kończyny górne. Prawa, złamana w dzieciństwie, jest krótsza od lewej, cała w stanie zaniku. Na lewej dłoni zanikają mm. kłębu palca wielkiego i małego, na przedramieniu mięśnie przedniej powierzchni. Ruchy dowolne kończyną lewą w stawie ramieniowym, łokciowym i napięstkowym sprawne, o wymiarze dostatecznym; ruchy palców, mianowicie zginanie, rozginanie, zestawianie i rozstawianie ich, zbliżanie du żego palca do pozostałych są mniej sprawne, mają wymiar ograniczony. Siła wskazanych ruchów wogóle dostateczna, lecz gdy chory rozgina palce lub lewy staw napiąstkowy przezwycięża opór słabiej, niż gdy je zgina. W mięśniach przedramienia drgania włókienkowe. Odruch z mięśnia trójgłowego i z okostny promienia dość żywy.

Kończyny dolne. Chód o cechach kurczowych; chory stąpa, lecz powoli, szeroko rozstawia nogi, w pozycji leżącej porusza obu kończynami, przezwycięża opór siłą dostateczną, przy unoszeniu wyciągniętych kończyn, szczególnie lewej, odczuć się daje jednak pewne osłabienie ruchów.

Napięcie mięśni nieznacznie wzmożone. Odruch kolanowy i ze ścięgna Achillesa wzmożone; lewostronny objaw stopowy. Objaw Babińskiego obustronnie z łatwością wywołać się daje. Zaburzenia czucia, jak zaznaczono na schemacie I-ym i II-im.

11.III.04. Nad otworem odbytnicy niewielka zgorzel powierzchowna. Uczucie zimna na całej lewej kończynie górnej.

12.III.04. O własnej sile chodzić już nie może, chwieje się, pada. Mrowienie w nogach.

15.III.04. Źrenica prawa nieco szersza od lewej.

21.III.04. Uczucie zimna w goleniach i stopach.

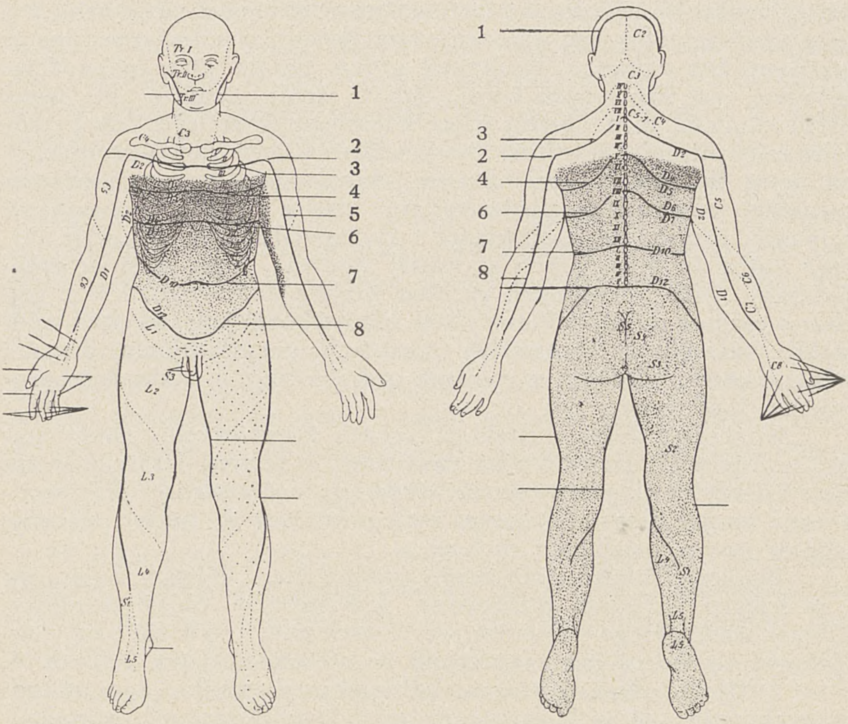
31.III.04, Bóle, przeważnie w nocy, w kolanach i okolicy stawów biodrowych; bolesne przykurczenia nóg.

7.IV.04. Stan obecny. Lewa kończyna górna słabsza od prawej; unosząc ją, chory przezwycięża opór gorzej, niż gdy ją opuszcza; łatwiej mu też zbliżyć kończynę do tułowia, niż ją odsunąć. Zginanie łokcia oraz lewego stawu napiąstkowego sprawniejsze i silniejsze od rozginania. Ruchy palcami dłoni lewej

powolne, o sile słabej; szczególnie zbliżanie dużego palca do 5, 4, 3-go utrudnione, o sile nikłej i wymiarze ograniczonym; dużego palca zbliżyć do wskazującego zupełnie nie może. Mięśnie kłębu wielkiego i palca małego dłoni, mięśnie przedramienia

ZMIANY CZUCIA (PODŁUG SCHEMATÓW E. FLATAUA).

FIG. 1.



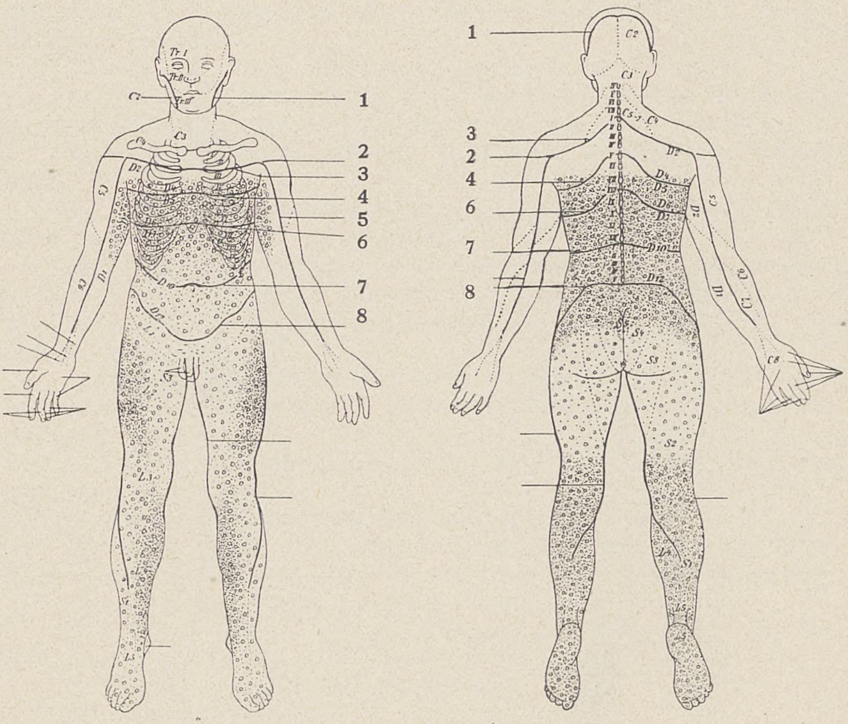
Zaburzenia czucia bólu. (16.II.04).

w stanie zaniku. Odruchu z m. trójgłowego brak; słaby odruch z okostny promienia. W pozycji leżącej z widocznym wysiłkiem i powoli porusza kończynami dolnemi, rozmiar ruchów znacznie mniejszy, niż w warunkach normalnych, a siła bardzo osłabiona. Odruchy: kolanowy i ze ścięgna Achillesa bardzo żywe; odruch podeszwowy obustronnie w postaci objawu Babińskiego. Objaw kolanowy stopowy. Odruchów brzusznych wy-

wołać nie można. Zatrzymanie moczu; zaparcia. Męczące ruchy mimowolne w kończynach.

16.IV.04. Zaburzenia czucia bólowego wzrastają, obejmują również stopniowo i całą prawą kończynę dolną z przodu.

FIG. 2.



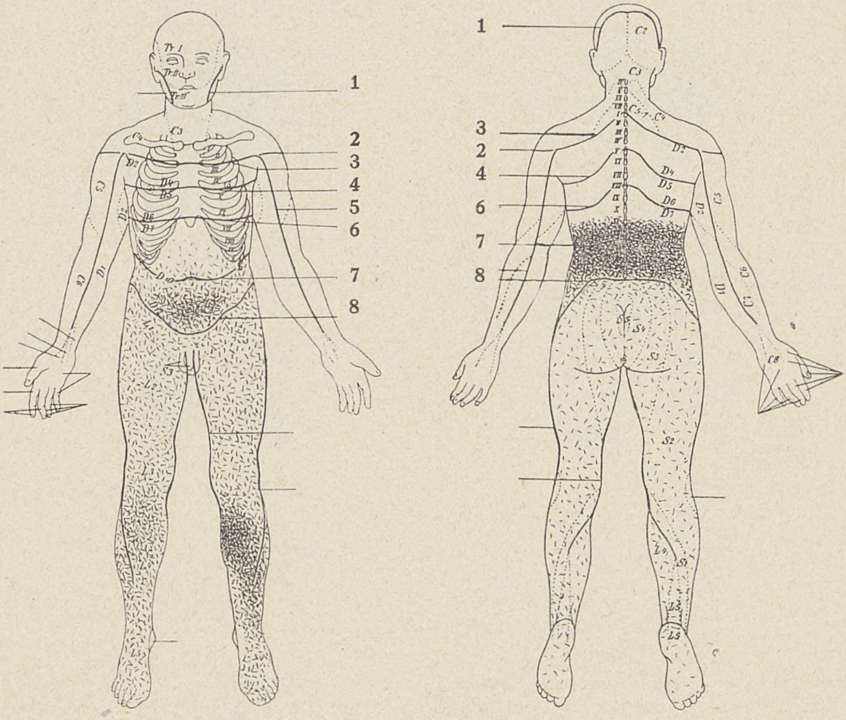
Czucie ciepła i zimna. (16.II.04).

Badanie elektryczne (16.IV.04).

	Prąd przerywany.	Prąd stały.
M. trójgłowy lewy	72	3½ MAK > A skurcz szybki
M. dwugłowy „	62	3½ MAK < A „ „
Nerw łokciowy lewy	72	2 MAK > A „ „
Nerw promieniowy lewy	83	1½ MAK > A „ „
M. zginający przedramię lewy	76	3 MAK = A powolny

	Prąd przerywany.	Prąd stały.
M. rozginający palce lewy	73	1½ MAK > A skurcz szybki
M. kłębu palca dużego lewy	0	2½ MAK < A powolny
M. kłębu palca małego „	0	2½ MAK < A „
M. międzykostny IV-ty „	47	3 MAK < A „
M. „ III „	47	3 MAK < A „
M. „ II „	0	3 MAK < A „
M. „ I „	47	3 MAK < A „

FIG. 3.



Zaburzenia czucia dotyku (10.V.04)

1. Linja ciemieniowo-uszno podbródkowa. 2. Linja szyjowo-naramienna. 3. Linja szyjowo-kadłubowa. 4. Linja międzysutkowa. 5. Linja osiowo-przednia kończyny górnej. 6. Linja mieczykowata. 7. Linja pępkowa. 8. Linja kadłubowa.

24.IV.04. Bóle w okolicy dolnych żeber i ramionach.

10.V.04. Stan obecny. Nerwy czaszkowe działają prawidłowo. Palcami lewej dłoni poruszać zupełnie nie może; zginanie łokcia jest silniejsze od rozginania. Prawa kończyna dolna słabsza od lewej: chory zaledwie ją nieznacznie unieść potrafi; z trudnością zgina kolano, nie porusza stopy prawej; ruchy palców o rozmiarze ograniczonym. Ruchy lewej kończyny dolnej mają rozmiar większy, lecz siła ruchów jest również słaba i nie dla wszystkich grup mięśniowych jednakowa. Zatrzymanie moczu, nietrzymanie kału.

Zaburzenia czucia dotyku, jak zaznaczono na fig. 3.

14.V.04. Z lewej strony szyji, poza m. mostkowo-obojczykowo-sutkowym, wywyższenie skóry bolesne przy mięsieniu.

24.V.04. Wybitne objawy kurczowe w dolnych kończynach.

3.VI.04. Nieco mniejszy bezwład kończyn dolnych; chory unosi je dość wysoko, zgina kolana.

28.VI.04. Opuchnięcie szyji we wskazanym wyżej miejscu bardziej jeszcze wzrosło; było ono miękkie, elastyczne, niezrośnięte ze skórą i niebolesne. Okazało się, że mieliśmy do czynienia z ropniem.

11.VII.04. Bóle o niezwykłym nasileniu w nogach; ogólne wyczerpanie; bezsenność. Uczucie palenia w kończynach dolnych.

13.VII.04. Osłabienie bólów. Wybitne objawy kurczowe w kończynach dolnych.

17.VII.04. Znów silne bóle w nogach.

22.VII.04. Bóle w nogach. Bezwład dolnych kończyn. Wzmożenie znaczne odruchów kolanowych i ze ścięgien Achillesa.

Objaw Babińskiego. Zupełne zatrzymanie moczu.

25.VII.04. Bóle w rękach i nogach. Wzmagający się bezwład kończyn dolnych. Wyczerpanie ogólne.

27.VII.04. Bezsenność, niedomoga.

29 VII.04. Śmierć.

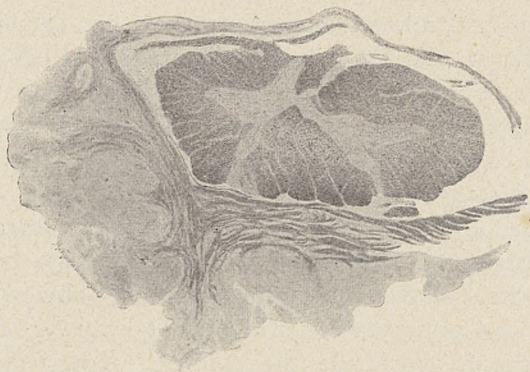
Oto w zarysie główne punkty zwrotne oraz wahania w rozwoju cierpienia podczas pięciomiesięcznego pobytu chorego w szpitalu. Wywiady nie dostarczyły ścisłych wskazówek w pierwszym okresie cierpienia, o rzeczywistym jego początku i stopniowym przebiegu, to też nie można było oprzeć się przy rozważaniu rozpoznania na skąpych wynikach wywiadów; wnioskować o istocie cierpienia należyło jedynie na podstawie danych klinicznych. Najwybitniejszym objawem w chwili przybycia chorego do szpitala były daleko już posunięte zaniki drobnych mięśni lewej dłoni o typie Aran-Duchenne'a z częściowym odczynem zwyrod-

nienia (m. m. thenar, hypothenar, interossei) oraz zaburzenia czucia o typie zmian rozczepionych, jak je zaznaczono na schematach. Gdyby więc wziąść za punkt wyjścia te właśnie objawy klinicznie, to łącznie z pozostałemi, można było uważać rozpoznanie jamistości rdzenia w danym przypadku za bardzo prawdopodobne. Za miejsce patologicznej sprawy uważać by trzeba było dziedzinę 8-go odcinka szyjowego i pierwszego grzbietowego. Takim umiejscowieniem sprawy histopatologicznej oraz zwolna postępującym rozwojem jej w pierwszym okresie pobytu chorego w szpitalu łatwo było też wytłomaczyć niedowład oraz objawy kurczowe w kończynach dolnych. Wiemy bowiem, że porażenie syringomyelityczne, zwłaszcza w części szyjowej rdzenia, często rozrasta się, wywołuje mniejsze lub większe uszkodzenia istoty białej rdzenia, spowadza przerwę w ciągłości dróg przewodzących i powoduje objawy kurczowe, niedowładu oraz zaburzenia czucia różnego stopnia na całej przestrzeni ciała, poniżej poziomu miejsca zniszczenia rdzenia. Pewne wątpliwości rozpoznawcze nasunąć się mogły jednak już w pierwszym okresie pobytu chorego w szpitalu, gdy zważymy na szybko, acz z wahaniami, postępujące objawy bezwładu, wzrastającego zaburzenia w działaniu pęcherza i odbytnicy, bóle oraz męczące objawy kurczów samoistnych. Gdy więc po trzech miesiącach, od chwili przybycia chorego na oddział, wystąpiły także zaburzenia w czuciu dotykowem (patrz fig. 3.), również z górną granicą odcinkową, równoległą do linji granicznej pozostałych zaburzeń czucia, a objawy kurczowe, szczególnie zaś bóle, o znacznym dotąd nasileniu, wzmogły się bardziej jeszcze, wątpliwości rozpoznawcze zyskać mogły na sile. Doświadczenie uczy wprawdzie, że t. zw. syringomyelityczna dysocjacja czuciowa nie jest bynajmniej objawem, zdarzającym się wyłącznie w jamistości, jak sądzili Kahler i Schultze i że objawy takie, jak bóle (często bardzo męczące, nawet w początkowych okresach cierpienia), zaburzenia w działaniu zwieraczy, kurcze samoistne, parestezje ciepłotne nie są obce temu cierpieniu, to jednak wystąpienie współrzędne, w szybkim dość tempie całego zespołu wskazanych wyżej objawów klinicznych przemawiać raczej mogło za sprawą postępującą uciskową w kierunku poprzecznym, niż jamistością, cierpieniem o przebiegu bądź co bądź zazwyczaj wybitnie prze-

wlekłym. Śmierć chorego przerywa jednak dalszą obserwację, i nie pozwala istoty ucisku wyjaśnić.

Autopsja wykazała zmiany następujące: Kręgi szyjowe dolne rozmiękczone, w stanie rozpadu, z łatwością ułamkami usunąć się dają. W tej samej okolicy wybitne zgrubienie opony twardej, zrośniętej z wewnętrzną powierzchnią zwyrodniałych kręgów; przerost zapalny opony dotyczy prawie wyłącznie tylnej i bocznych powierzchni rdzenia. Najbardziej rozrośniętą jest ona na wysokości 8-go odcinka szyjowego, w mniejszym stopniu na poziomie 7-go i coraz słabiej w kierunku wstępującym do 4-go odcinka szyjowego włącznie. W kierunku zstępującym przerostowi opony twardej ulega część jej po stronie prawej, odpowiadająca 1-szemu odcinkowi grzbietowemu. Na tylnej powierzchni opony twardej w okolicy, odpowiadającej 8-mu odcinkowi szyjowemu widać zserowaciałą masę rozpadową, opasującą rdzeń w postaci pierścienia; powyżej i poniżej tego miejsca gołe oko nie stwierdza większej ilości masy rozpadowej. Na całej rozciągłości od 4-go szyjowego odcinka do pierwszego grzbietowego włącznie widać zrosty między wewnętrzną powierzchnią opony twardej a rdzeniem. Do dolnego brzegu szóstego odcinka szyjowego rdzeń ma budowę i kształt normalny, obwód prawidłowy. W dolnej części 6-go szyjowego albo lepiej górnej 7-go odcinka zarys przekroju rdzenia zmieniać się zaczyna. Tylna przegroda podłużna oraz szczelina przednia przestają leżeć w linji prostej środkowej, przechylają się z lekka w stronę prawą. Ulega temu także prawy róg przedni, nie leży bowiem już na jednym poziomie z lewym. W kierunku zstępującym podłużna szczelina przednia i przegroda tylna coraz bardziej odchylają się swemi częściami obwodowemi wprawo od linji środkowej; w miejscu oddalonym o jakie 200 mikronów od górnego brzegu 7-go odcinka szyjowego tworzą łącznie linję krzywą, wygiętą w postaci łuku, a zwróconą wypukłością w lewą stronę. Wraz z tem występuje coraz widoczniej spłaszczenie rdzenia w kierunku przedniotylnym; rogi przednie wyciągają się w kierunku bocznym; prawy róg przedni, a zwłaszcza róg boczny, odchylają się bardziej jeszcze w stronę prawą, zlewają ze sobą, maleją. Spoidło tylne otrzymuje kierunek skośny wprawo, wierzchołek lewego słupa tylnego wysuwa się ponad wierzchołek prawego, wygina się wprawo, pokrywa wierzchołek prawego słupa tylnego (patrz rysunek).

Spłaszczenie rdzenia zwiększa się nieco jeszcze w kierunku do 8-go odcinka szyjowego; na tej wysokości utrzymuje się prawie bez zmiany, poczem znikać zaczyna. W miejscu, odpowiadającem górnemu brzegowi pierwszego odcinka grzbietowego obwód rdzenia, jego istota szara odzyskuje budowę prawidłową, słupy tylne wracają do linji środkowej. Opona twarda w granicach największego zniekształcenia rdzenia grubieje w kierunku zstępującym, oplata rdzeń ścisłym pierścieniem przerosniętej tkanki łącznej, uciska go z przodu ku tyłowi i z boków, zniekształca obwód w kilku miejscach. Najbardziej uciśniętą wydaje się lewa



strona, mianowicie część tylna pasa obwodowego słupa bocznego i okolica przedniego pasa obwodowego słupa przedniego; z prawej zaś strony miejsca odpowiadające pasowi Waldayera i również jak z lewej strony, choć w znacznie mniejszym stopniu, część tylna pasa obwodowego słupa bocznego. Na przerośniętej oponie twardej, w miejscu największego spłaszczenia rdzenia widać rozrośniętą obficie tkankę ziarninową oraz zserowaciałą masę gruźliczą, która najbardziej uciska rdzeń od strony części tylnej pasa obwodowego lewego słupa bocznego. Bliższe badanie drobnowidzowe stwierdza już na wysokości 4-go odcinka szyjowego prześwietlenie w postaci pasemka w lewej połowie słupów tylnych, pomiędzy pęczkiem Golla i Burdacha; ciągnie się ono od przedniego pola słupów tylnych ku obwodowi, prawie się zbliża do niego, odchyla trochę na zewnątrz. W tym samym miejscu

i w tym samym stopniu rozwinięte prześwietlenie spostrzegamy również w prawej połowie słupów tylnych, przerywa się ono jednak nieco dalej od obwodu, niż po stronie lewej. W miejscach prześwietlonych na preparatach, barwionych płynem v. Giesona, spostrzega się bardzo dużo t. zw. krążków słonecznych, pozbawionych zupełnie otoczki myelinowej, lecz posiadających wyrostki osiowe; niektóre wyrostki są jakby spęczniałe, leżą obrzeżnie. Ku obwodowi liczba bezotoczkowych włókien wzrasta. Naczynia zarówno w istocie białej jak i szarej nieco rozszerzone, przez ciałka czerwone krwi wypełnione; liczba naczyń nie zwiększona. Spoidło przednie normalne; w tylnym rozrzucone tu i owdzie corpuscula amylacea; spostrzega się je również w liczbie pojedyńczej w słupach przednich, przednio-bocznych i tylnych. Przestrzenie okołonaczyniowe nieco rozszerzone w istocie szarej. Opony miękkie bez zmian. Na wysokości 5-go odcinka szyjowego prześwietlenie zaczyna się w lewej połowie słupów tylnych, z przodu nieco niżej i w postaci rogala zwraca się ku miejscu wejścia lewego korzenia tylnego; w prawej połowie prześwietlenie w granicach, wyżej wskazanych. Zestawienie z innemi szlakami świadczy jednak, że już całe pole słupów tylnych jest na tej wysokości (z wyjątkiem niektórych miejsc, sąsiadujących z istotą szarą) nieco prześwietlone. W korzeniach tylnych obustronnie, w miejscach ich przejścia z zewnątrz do słupów tylnych, brak pojedyńczych włókien nerwowych. W tylnej części drogi Goll'a rozrost gleji oraz pojedyńcze komórki Deitersa. Preparaty, opracowane barwnikiem V. Giesona, wykazują w miejscach prześwietlonych bardzo dużo oczek pustych, zwłaszcza po stronie lewej; otoczki myelinowe najlepiej zachowane w miejscu, odpowiadającem t. zw. przedniemu polu słupów tylnych i w stronie ich zewnętrznej. Naczynia i przestrzenie okołonaczyniowe rozszerzone. Komórki w rogach przednich i tylnych normalne, przeważnie obficie wypełnione barwnikiem. Na preparatach, opracowanych według Marchiego, widać tylko prześwietlenie; czarnych bryłek nie spostrzega się wcale. Na wysokości 6-go odcina szyjowego prześwietlenie, spowodowane przez zmienione, rozpadłe lub zatarte otoczki myelinowe i wyrostki osiowe uwidocznia się najbardziej w pasie obwodowym słupów tylnych, w miejscu wejścia korzeni tylnych, pozatem w granicach wyżej wskazanych, więcej po stronie lewej, niż prawej. Na wysokości 7-go odcinka

szyjowego zmiany drobnowidzowe występują jeszcze bardziej jaskrawo. Prawy róg przedni spłaszczony, spoidło przednie słabo zaznaczone, sieć włókien myelinowych w rogach przednich bardzo rozrzedzona. Liczba komórek we wszystkich rogach nieco zmniejszona; niektóre komórki w stanie zaniku, inne znów bardzo zniekształcone, jakby zmarszczone, często pozbawione wyrostków, spęczniałe, z jądrem obrzeżnym również zmienionym. Prześwietlenie słupów tylnych bardzo wyraźnie zaznaczone, zwłaszcza po stronie lewej; bardzo dużo oczek pustych spostrzega się wzdłuż podstawnej części rogów tylnych w pasie korzonkowym i w tylnej części drogi Burdacha. Pewne rozrzedzenie widocznem jest w drogach bocznych, w blizkości istoty szarej, przeważnie po stronie prawej, jak również w drogach przednich i przedniobocznych. Bardzo dużo oczek pustych występuje w niektórych miejscach w okolicy szczeliny przedniej, w tylnej połowie obwodu dróg bocznych. W korzeniach przednich objawy zwyrodnienia myeliny, słabsze po stronie prawej; w tylnych korzeniach zmiany znacznie większe, lecz sprawa patologiczna niema cech świeżego procesu; wewnętrzne pęczki korzeni tylnych bardziej zmienione, zewnętrzne mniej. Opony miękkie niezmienione, liczba naczyń w nich zwiększona; naczynia rozszerzone, krwią wypełnione; ścianki bez zmian. Ku 8-mu odcinkowi szyjowemu i w nim samym zmiany, wyżej wskazane, wzrastają jeszcze: korzenie tylne, zwłaszcza lewy, zatracają budowę normalną, jak również lewy korzeń przedni, ulegają bowiem zupełnej prawie demyelinizacji, natomiast prawy korzeń przedni prawie dobrze zachowany. Prześwietlenie w słupach tylnych obejmuje już też część ich środkową, gdzie spostrzegamy mnóstwo oczek pustych, jako wynik bardzo posuniętego rozpadu myeliny w istocie białej. Zarówno w korzeniach zmienionych, jak i w samej istocie rdzenia, bujanie gleji. Istota szara rogów bardzo blado zabarwiona, wybitne rozrzedzenie sieci myelinowej rogów przednich i tylnych. Zwyrodnień wtórnych, wyraźnie zaznaczonych, w jakimkolwiek kierunku nie spostrzega się wcale.

Na preparatach, opracowanych sposobem Marchiego, widać wogóle bardzo mało bryłek zwyrodnienia; nieco więcej ich leży w okolicy, odpowiadającej korzeniom tylnym; nieznaczna liczba bryłek czarnych rozproszona jest w przedniej połowie słupów tylnych. W słupach przednich bocznych włącznie ze szlakami pi-

ramidowemi po stronie lewej zupełnie niema bryłek czarnych, po prawej zaś stronie napotyka się większą ich liczbę w okolicy, odpowiadającej szlakowi piramidowemu i słupowi przedniemu. W istocie szarej obustronnie rozsiany pył czarny, a bardzo mało większych bryłek zwyrodnienia, co świadczy, iż proces zwyrodnieniowy nie jest świeży. Niema też zwyrodnień świeżych w korzeniach; w niektórych miejscach widać jedynie rozrzucone w szeregach miałkie ziarenka czarne, jako ślad przebytej sprawy zwyrodnieniowej. Ku 1-mu odcinkowi grzbietowemu wskazane wyżej objawy patologiczne maleją, by w 1-ym grzbietowym zniknąć prawie zupełnie; wprawdzie liczba naczyń jest jeszcze nieco zwiększona, opony jednak odzyskują budowę normalną, a rdzeń kształt i zarys przekroju prawidłowy. By uzupełnić opis wskazanych wyżej zmian drobnowidzowych, należy podkreślić brak objawów zapalnych: niema ich zarówno w miejscu, bezpośrednio uciśniętem przez nadmierny rozrost opony twardej, jak też w najbliższych odcinkach rdzenia w kierunku zstępującym i wstępującym; nie spostrzegliśmy nigdzie w rdzeniu nacieczenia drobnokomórkowego. Tak więc zmiany, wykryte w miejscu największego spłaszczenia rdzenia, wiązać trzeba, z jednej strony, z uciskiem, a więc czynnikiem mechanicznym, spowodowanym przez masę rozpadową gruźliczą na rozrośniętej oponie twardej, z drugiej uzależnić od warunków utrudnionego na skutek ucisku krążenia krwi, limfy i płynu mózgowo-rdzeniowego w naczyniach żylnych opon i przestrzeniach chłonnych; należy też przypuścić możliwość oddziaływania na proces patologiczny substancji trujących, będących produktem rozpadowej sprawy gruźliczej w kręgach i oponie twardej. Który z tych czynników przeważał, trudno bezwzględnie powiedzieć; brak jednak zupełny prawie wyraźnie zaznaczonych zwyrodnień wtórnych, w kierunku wstępującym i zstępującym, oraz częste wahania w przebiegu cierpienia każą może raczej przypuszczać, że przodujący wpływ na rozwój zmian anatomicznych i stopniowy przebieg samego cierpienia miały zmienne objawy zastoinowe, względnie obrzęk zastoinowy. Należy też podkreślić, że pomimo znacznego spłaszczenia rdzenia (patrz rys.) zmiany anatomiczne były naogół niewielkie, dotyczyły wyłącznie prawie miejsca ucisku, a polegały przedewszystkiem na demyelinizacji włókien nerwowych, rozszerzeniu naczyń, przestrzeni dookołanaczyniowych i dookołakomórkowych i nieznacznym buja-

niu gleji. Wyrostki osiowe były spęczniałe, leżały często obrzeźnie, lecz nigdzie prawie rozpadowi głębszemu nie uległy; nie spostrzegaliśmy również ognisk rozmiękczenia lub wylewów krwawych; istota szara ucierpiała względnie nieznacznie. W oponach miękkich nigdzie śladu przejścia na nie sprawy zapalnej gruźliczej z zewnętrznej powierzchni opony twardej; uchroniło to istotę rdzenia od procesu gruźliczego. Dane badania drobnowidzowego stwierdzają do pewnego stopnia spostrzeżenie, że, gdy za życia istnieć mogą w obrazie klinicznym bardzo wybitne objawy uciskowe rdzenia, autopsja może nie wykryć szczególnych zmian głębszych oraz objawów mechanicznego uszkodzenia istoty jego. Najlepszym dowodem tej niezwykłej podatności plastycznej i wytrzymałości rdzenia na ucisk służyć mogą, z jednej strony, badania doświadczalne na zwierzętach, z drugiej przypadki operowanych nowotworów rdzenia, kiedy, po wyłuszczeniu nowotworu, w szybszym lub słabszym tempie wracać zaczyna sprawność ruchowa porażonych kończyn oraz ustalać się stopniowo normalne przewodnictwo uciśniętych dróg czuciowych.

Gdy zestawimy zmiany histopatologiczne z obrazem klinicznym w przebiegu początkowym jego i rozwoju następczym, z łatwością znajdujemy wytłomaczenie dla wszystkich objawów chorobowych. Zmiany zanikowe i zwyrodnieniowe w komórkach lewego rogu przedniego na wysokości 7 i 8 odcinka szyjowego łącznie z zupełną prawie demyelinizacją korzeni przednich na tej wysokości dostatecznie tłomaczą zaniki drobnych mięśni lewej dłoni z częściowym lub zupełnym odczynem zwyrodnienia, jak również osłabienie czynności tych mięśni dłoni i lewego przedramienia. Ucisk całego przekroju rdzenia w dolnej części szyjowej powodował przerwę albo zahamowanie w przewodnictwie dróg ruchowych i czuciowych, wywołując wybitne, choć zmienne, objawy kurczowe, oraz zaburzenia czucia z górną okrężną linją graniczną, jak to bywa zazwyczaj w porażeniu poprzecznem rdzenia. Z początku ucierpiało przewodnictwo dla zmysłu bólowego (niezupełne — patrz schemat I), ciepła i zimna, lecz gdy rozrost opony twardej zwiększył się, a ilość nagromadzonych na niej zserowaciałych mas rozpadowych wzrosła, analgezja stała się zupełną, a uciskowi uległy też drogi, przewodzące czucie dotyku. Wybitnie zaznaczone działanie patologiczne pęcherza i odbytnicy jest zjawiskiem zwykłem, często wczesnem (zwłaszcza zaparcia) w spra-

wach uciskowych. Z pozostałych objawów szczególnie podkreślić należy zjawienie się dopiero w późniejszym okresie cierpienia ropnia opadowego z lewej strony szyji, co pozostało jednak bez wpływu dodatniego na ogólny stan chorego i zjawiska uciskowe. Jeżeli uprzytomnimy sobie cały zespół objawów klinicznych, spostrzeganych podczas pobytu chorego w szpitalu, musimy uznać, że ten ropień opadowy był pierwszym i jedynym objawem, mogącym nasunąć myśl o zależności sprawy uciskowej od gruźliczego zapalenia kręgów szyjowych względnie związanego z nim— pachymeningitis hypertrophica externa. Brakło jednak w naszym przypadku nie tylko widomego znaku zniekształcenia kręgosłupa -- garbu, lecz wszelkich innych oznak porażenia jego, jak sztywności karku, szyji, bolesności przy ruchach biernych i czynnych głowy, pasa barkowego, przy uciskaniu części szyjowo-grzbietowej kręgosłupa. Bardziej jeszcze znamiennym i niezwykłym dla rozwoju choroby Potta był w przypadku naszym brak bólów w pierwszym okresie cierpienia; dopiero po 6-iotygodniowym pobycie w szpitalu stały się one główną skargą chorego, występować zaczęły w kończynach i tułowiu z coraz większą siłą i trwały do śmierci. A jednak bóle uznawać trzeba w cierpieniu Potta za jeden z najpierwszych objawów uciskowych; spostrzegało to wielu badaczy zwłaszcza u ludzi, cierpiących na gruźlicę kręgów w wieku dojrzałym i podeszłym. Z 15-tu obserwacji klinicznych Alquier'a, sprawdzonych następnie przez autopsję, ani w jednym przypadku nie brakło bólów; przeciwnie były one zawsze pierwszym, niekiedy bardzo zwodniczym, zwiastunem powstawania i rozwoju sprawy uciskowej. To samo już dawniej spostrzegał, a podał w swej monografji o chorobie Potta, Fickler.: w 14-tu obserwacjach bóle, o najrozmaitszej postaci i nasileniu, były pierwszym objawem chorobowym. W pracy swej o głównych odmianach klinicznych choroby Potta bez garbu Alquier podkreśla właśnie wybitne znaczenie bólów, w pierwszym okresie choroby, dla celów rozpoznawczych; mogą one być przez czas dłuższy jedyną skargą chorych, zjawiają się pod rozmaitą postacią, choć najczęściej mają charakter bólów korzonkowych; niekiedy jednak występują również jako nerwobóle, a wtedy istota ich i przyczyny mogą być mylnie rozpoznane. Ze spostrzeżeń nowszych wymienimy przypadek, podany przez Ascenziego, a zbliżony do naszego (również bez garbu); i tutaj pier-

wszym objawem chorobowym był ból w całej klatce piersiowej, a zwłaszcza w okolicy lewej łopatki, trwający w dzień i w nocy. Opóźnione zjawienie się bólów w naszym przypadku wyprzedziły częste, męczące parestezje ciepłotne, mrowienia i ściągania, jako objawy podmiotowych zaburzeń czucia, które zazwyczaj rozwijają się jednocześnie z bólami, a są wyrazem podrażnienia korzeni tylnych i dróg czuciowych.

Brak bólów w pierwszym okresie choroby łącznie z brakiem stałym garbu bardziej jeszcze uwydatnił, wysunął na plan pierwszy w obserwacji klinicznej takie objawy, jak zanik mięśni lewej dłoni o typie Aran-Duchenne'a i zaburzenia czucia w postaci rozczepionych zmian jego; zespół ten objawów mógł z łatwością zrodzić przypuszczenie o istnieniu jamistości rdzenia. Tak zwana dysocjacja czucia okazała się jednak i w danym przypadku zwodniczym objawem, co niejednokrotnie już stwierdzono w sprawach uciskowych wogóle, a zwłaszcza w chorobie Potta; zwodniczość tego objawu starają się podkreślić głównie autorowie francuscy, którzy zwracają nań szczególną uwagę. Alquier przytacza np. przypadek, bardzo zbliżony do naszego (z niewielkim garbem), a świadczący, jak niedostatecznym i niepewnym jest objaw rozczepionych zmian czucia dla rozpoznania syringomyelji. Kobieta 55-letnia miała przez dłuższy czas bardzo silne bóle w karku i rękach; następnie przyłączyło się osłabienie wielkie kończyn górnych, wystąpiły zaniki o typie Aran-Duchenne'a; osłabły odruchy ścięgnowe i z okostny na kończynach górnych, rozwinęły się objawy kurczowe w dolnych, a wzmogły odruchy. Badanie czucia wykryło typową dysocjację czuciową; autopsja stwierdziła jednak chorobę Potta, próchnieniu uległy 6 — 7 krąg szyjowy. W przypadku Ascenziego 68 letni starzec, bez garbu, dostaje bólów; stopniowo występują parestezje, bezwład wiotki kończyn dolnych. Badanie czucia wykrywa również rozczepione zmiany na kończynach dolnych. Autopsja nie stwierdza jamistości rdzenia, lecz wybitny rozpad gruźliczy II i III-go kręgów grzbietowych oraz objawy przerostowego zapalenia opony twardej tego samego pochodzenia i w tem samem miejscu.

Streszczając wywody, podane wyżej, musimy przyjść do wniosku, że rozpoznanie choroby Potta bez garbu, u starca, było w naszym przypadku, w pierwszym okresie cierpienia, zupełnie niemożliwe. W dalszym przebiegu, gdy obraz kliniczny nasu-

nąć mógł myśl o sprawie postępującej uciskowej w kierunku poprzecznym rdzenia, jedynym zwiastunem próchnienia kręgów był ropień opadowy. Gdyby śmierć wczesna chorego nie była przerwała dalszej obserwacji, ten ropień opadowy stałby się prawdopodobnie punktem wyjścia dla rozpoznania prawidłowego.

Uważam sobie za miły obowiązek podziękować na tem miejscu Szanownemu Doktorowi Flatauowi za pomoc i wskazówki przy opracowaniu tego przypadku.

PIŚMIENNICTWO.

1) Alquier et Lhermitte. Mal de Pott et Syringomyélie. Rev. Neur. 1906 N-r 24.

2) Alquier. Quinze autopsies de mal de Pott chez l'adulte. Nouv. Icon. 1906. T. XIX.

3) Alquier. Les principales formes de troubles nerveux dans le mal de Pott sans gibbosité. N. Ic. 1906. XIX.

4) Ascenzi. Compression médullaire par le mal de Pott. L'Encephale 1910. N-r 11.

5) Bornstein i Sterling. O kostniakach kręgosłupa, powodujących ucisk rdzenia. Neur. Polska 1911.

6) Fickler. Studien zur Pathologie u patholog. Anatomie der Ruckenmarkscompr. bei Wirbelcaries. D. Z. f. Ner. 1900 XVI.

7) Flatau. O nowotworach rdzenia 1909.

8) Schlesinger. Die Syringomyelie 1902. 2-ie wyd.

9) Schmaus. Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Ruckenmarks. 1901.

STRESZCZENIA.

PIŚMIENNICTWO POLSKIE.

H. HIGIER. Zapalenie tętnic ostre z chromaniem przestankowem.

Erb ogłosił niedawno odczyt swój wygłoszony na 35-m Zjeździe neurologiczno-psychjatrycznym: „O swoistej, nieznanej ostrej postaci chorobowej tętnic (arteriitis acuta) z przejściem w stwardnienie i z chromaniem przestankowem“. Higier dyskutuje nad tą ostrą postacią chromania przestankowego i pewnych odwian jej, opisując własny przypadek, przedstawiony w r. 1907 w sekcji neurologicznej W. T. L. i cytowany przez Erb'a z krótkiego referatu jako jedyny w piśmiennictwie, analogiczny z jego własnem spostrzeżeniem. Przypadek ten następujące względy czynią godnym uwagi: 1) dosyć młody wiek chorego (25 lat), 2) brak czynników etjologicznych prócz nikotynizmu, 3) obecność wybitnego rodzinnego usposobienia neuropatycznego, 4) początek choroby prawie ostry, 5) objawy bólów, nadwrażliwości i czerwoności erytromelalgicznej palców zajętej nogi, chromanie przestankowe, brak objawów zakrzepu żylnego, owrzodzenie 2 i 3 palców, brak tętna w tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej przy normalnem tętnie zdrowej stopy, 6) stopniowe znikanie nieznośnych bólów po kilkotygodniowej galwanizacji nerwów anodą i 7) brak prawie zupełny cięższych objawów podmiotowych pomimo siedmiomiesięcznej ciężkiej pracy fizycznej, jaka nastąpiła bezpośrednio po poprawie.

Autor rozpatruje bliżej postać wrzekomej arteriitis acuta, omawiając jednocześnie chromanie przestankowe, przebiegające jako nerwoból zasłonowy (neuralgia obturatoria) i jako napadowe kurcze bolesne mięśni pośladkowych lub drętwienie przemijające w obrębie nerwu uda skórnego bocznego (meralgia paraesthetica).

Medycyna 1910.

A. KRAMARZYŃSKI. W sprawie leczenia tężca urazowego wstrzykiwaniami podskórnemi zawiesiny mózgowej.

Stosowana dotąd surowica przeciwtężcowa Behringa nie ziściła pokładanych nadziei (75% śmiertelności).

W niniejszej pracy autor podaje wyniki otrzymane przy le-

czeniu tężca urazowego za pomocą wstrzykiwań podskórnych zawiesiny mózgowej obok leczenia objawowego. Opierając się na spostrzeżeniach Wassermanna i Takaki'ego, iż jad tężcowy okazuje szczególne powinowactwo do komórek mózgowych i rdzenia przedłużonego, pierwszy Krokiewicz zastosował wstrzykiwanie podskórne chorym na tężec zawiesiny mózgu króliczego i otrzymał wyniki pomyślne w 70%.

W pracy podany został sposób przyrządzania zawiesiny z mózgu króliczego w wyjałowionym rozczynie soli kuchennej.

Ujemną stroną tego leczenia jest częste wytwarzanie się ropni na miejscu wstrzykiwań, jak to widać z opisu podanych przypadków.

Wstrzykiwania robiono codziennie w ilości 10 c. s. przesączu zawiesiny mózgowej.

Wstrzykiwań takich stosowano 7—12 w każdym przypadku.

A. Pat.

Przegląd Lekarski 1911. N-r 5.

A. SIMON. O ostrem zatruciu tarczowem po zażyciu nader drobnej dawki jodu.

Do rzędu przypadłości chorobowych, zwanych zatruciem tarczowem po jodzie, zaliczyć należy objawy ze strony gruczołu tarczowego, występujące pod wpływem stosowania preparatów jodowych u osobników dotkniętych jawnem lub też ukrytem cierpieniem gruczołu tarczowego (niektóre postaci wola, choroba Basedowa). Autor podaje przypadek ostrego zatrucia tarczowego po minimalnej dawce jodu (2 tabletki jodglidiny po 0.05) u osobnika z nieznacznem ogólnem powiększeniem gruczołu tarczowego.

Pomijając inne objawy, towarzyszące temu przypadkowi, podkreślić należy wyraźne obrzmienie i bolesność gruczołu tarczowego, cały szereg zaburzeń ze strony serca, jakie spotykają się przy chorobie Basedowa.

W końcu autor zwraca uwagę na dodatni wynik stosowania promieni Roentgena w podobnych przypadkach.

A. Pat.

(Medycyna i Kron. Lek. 1911 N-r 9 i 10).

PIŚMIENNICTWO OBCE.

REVUE NEUROLOGIQUE 1911.

M-r 1. SONQUES i VAUCHER. Monoplégie cérébrale durable avec anaesthésie et astéréognosie passagères.

Autorzy opisują przypadek odosobnionego porażenia prawej kończyny górnej pochodzenia korowego (odruchy ścięgnowe wzmożone, napady padaczki typu Jacksona), w którym na uwagę zasługuje obecność znieczulenia powierzchownego i astereognozji (bez zaburzeń w zmyśle mięśniowym), stwierdzone w dwie godziny po napadzie i trwające 26 godzin. Zdaniem ich, chodziło o cierpienie zwoju środkowego przedniego górnego, który, jak to zresztą i zauważyli chirurgowie, jest nietylko ośrodkiem ruchowym, lecz i mieści w sobie ośrodki czuciowe.

MEIGE. Comment concevoir l'hypnotisme. Les applications therapeutiques et médico-légales d'aprés J. Babiński.

Ważniejsze punkty tej kwestji podług Babińskiego są następujące:

Stany hypnotyczne nie przedstawiają żadnych objawów somatycznych przedmiotowych, których by nie można było odtworzyć za pomocą woli. Stanu hypnotycznego odróżnić od symulacji nie sposób.

Nikogo nie można uśpić wbrew jego woli.

Osobnik zahypnotyzowany bynajmniej nie traci zdolności przypominania sobie czynów, dokonanych podczas uśpienia.

W stanie t. zw. letargicznym osobnik nie traci świadomości.

W stanie somnambulicznym osobnik nie traci zdolności panowania nad sobą i nie czuje się bezwzględnie zmuszonym do wykonywania czynów wbrew swej woli.

Objawy hypnotyczne wynikają z suggestji i znikają pod wpływem kontrsuggestji i perswazji.

Hypnotyzm, jako zabieg leczniczy, stosować można w wyjątkowych przypadkach, kiedy chory histeryk jest przekonany, że tylko hypnotyzm może go wyleczyć.

Ze stanowiska sądowo-lekarskiego rozstrzygnięcie kwestji, czy osobnik popełnił dany występek pod wpływem hypnozy, jest trudne, ekspertyza lekarska na to nie rzuca żadnego światła, gdyż sen hypnotyczny od snu udawanego niczem się nie różni.

Odpowiedzialność hypnotyczna za poddanie występku osobie zahypnotyzowanej powinna być taka sama jak i każdego, kto popchnął innego do występku bez uprzedniego hypnotyzowania.

Snu hypnotycznego nie należy uważać za środek do zgwałcenia kobiety. Kobieta oddając się hypnotyzerowi we śnie hypnotycznym bynajmniej nie ma woli sparaliżowanej, oddałaby mu się również i po za seansem hypnotycznym.

N-r 2. FOIX. Les troubles sensitifs au cours de l'hémiplégie-aphasie.

Autor przeprowadził badania kliniczne w sprawie zaburzeń czucia nad 18 osobnikami, dotkniętymi porażeniem połowiczem wraz z zaburzeniami mowy i dochodzi do wniosku, że znieczu-

lenie połowicze w tych razach jest objawem trwałym i dotyczy głównie dotyku i zdolności rozpoznawania przedmiotów. Czucie głębokie zwykle bywa nieuszkodzone. Zaburzenia czucia świadczą zwykle o głębszych i rozleglejszych uszkodzeniach korowych mózgu zwłaszcza ku tyłowi od bruzdy Rolanda.

RAIMISTE. Sur les mouvements associés du membre inférieur malade chez les hémiplégiques.

Autor rozpatruje i analizuje ruchy skojarzone w kończynie dolnej, dotkniętej niedowładem np. obniżanie się kończyny osłabionej przy podnoszeniu z oporem kończyny zdrowej, doprowadzanie ku wewnątrz i unoszenie kończyny osłabionej przy opuszczaniu z oporem kończyny zdrowej i t. p. i objaśnia je fizjologicznemi właściwościami i skojarzonemi w synergii ruchami pewnych mięśni w dolnych kończynach.

Nr. 3. ROUSSY ET ROSSI. Un cas de myasthénie grave progressive d'Erb—Goldflam. Etude anatomo-clinique avec présentation de coupes histologiques.

Przypadek dotyczył 10-letniej dziewczynki, u której w ciągu 9 miesięcy rozwinęły się stopniowo objawy coraz cięższej myastenji, zakończone śmiercią. Badanie anatomo-patologiczne wykazało: grasicę o wielkości i budowie prawidłowej, gruczoł tarczowy w stanie lekkiej nadczynności, nadnercza i przysadka mózgowa nie przekrwione, brak wyraźnych zmian w układzie nerwowym (lekkie ependymitis), bardzo wybitne zmiany w mięśniach (myositis interstitialis et parenchymatosa). Autorowie podają przegląd spółczesnych poglądów na myastenję i przychylają się do teorji, upatrujących w myastenji pierwotne cierpienie układu mięśniowego.

ROUSSET i PUILLET. Un cas d'hypothermie prolongie chez un paralytique général.

Opis przypadku bezwładu postępującego, w którym w ciągu 15 dni przed śmiercią ciepłota, mierzona w kiszce odchodowej, wynosiła około 36° C, w ostatnim tygodniu była niższa od 35°, opadała do 34°, 33,9°, a w dniu śmierci wynosiła 29,5° rano, 29,2° w południe i w chwili śmierci o 4-ej pp. 29°.

Autorzy przytaczają odpowiednie przypadki z piśmiennictwa, przypominają rozmaite teorje, rozpatrujące sprawę regulacji termicznej w ustroju. Bezwarunkowo układ naczynioruchowy i przypuszczalne ośrodki termiczne w ośrodkowym układzie nerwowym odgrywają tu największą rolę, choć nie można odrzucać wpływu gruczołów o wydzielinie wewnętrznej, znane np. są przypadki obniżenia ciepłoty ustroju w śluzoobrzęku, zależne, jak wiadomo, od niedostateczności gruczołu tarczowego. Oprócz tarczycy zapewne wywierają również swój wpływ na obniżenie ciepłoty i nadnercza. Obniżenie ciepłoty w bezwładzie postępującym uważać należy za objaw pod względem rokowania zły.

Nr. 4. VINCENT. De quelques causes d'erreur dans le diagnostic des syndromes d'hypertension intracranienne et dans celui de la localisation des tumeurs cérébrales.

Autor opisuje przypadki wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, w których objawy t. zw. miejscowe dały powód do mylnych umiejscowień cierpienia. W pierwszym przypadku, obok bólów głowy w części czołowej czaszki, nudności i wymiotów istniały wybitne zaburzenia równowagi i zmiany charakteru. Po trepanacji paljatywnej wybitna poprawa. Prawdopodobnie chodziło tu o guz w płatach czołowych, gdyż uszkodzenia móżdżku lub błędnika nie dały by takiej poprawy.

W drugim przypadku sekcyjnym oprócz objawów ogólnomózgowych istniały za życia zawroty głowy, drżenie gałek ocznych (nystagmus), zaburzenia w orjentowaniu się co do położenia, zaburzenia w t. zw. „vertige voltaique" — przy puszczaniu bieguna dodatniego z prawej strony (8 MA.) chora skręcała głowę wprawo, przy puszczaniu bieguna dodatniego z lewej strony (8 MA) głowa nie ruszała się wcale. Wpuszczenie chłodnej wody do przewodu słuchowego zewnętrznego nie zmieniało drżenia gałek ocznych. Nadczułość skórna. Oględziny pośmiertne wykazały guz w białej istocie prawego płata czołowego.

Oba te przypadki wykazują, że bezładowi czołowemu nie towarzyszy ani adiadokokinezja, ani asynergja kończyn, ani mowa skandowana, co zwykle spotykamy przy bezładzie móżdżkowym. Szereg objawów błędnikowych, towarzyszących bezładowi czołowemu zależy od „działania z odległości" na błędnik.

W trzecim przypadku sekcyjnym chodziło o ostre wodogłowie wewnętrzne, z licznymi objawami ogólnego wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego a oprócz tego z objawami zajęcia kilku nerwów (VI, VII, VIII) na podstawie czaszki. Stąd wniosek, że przy objawach wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego porażenie nerwów na podstawie czaszki nie może upoważniać do rozpoznania nowotworu na podstawie czaszki.

St. Kopczyński.

LE NEVRAXE vol. XI 1910 (Décembre).

A. v. GEHUCHTEN et M. MOLHAUT. Les lois de la dégénérescence Wallérienne directe.

Znanym jest fakt, że szybkość pojawiania się zwyrodnień wtórnych we włóknach nerwowych, należących do różnych układów, jest niejednakowa. Obok włókien, w których obecność grudek Marchi'ego daje się jeszcze stwierdzić po upływie 120 dni po operacji, istnieją inne, w których wszelkie ślady zwyrodnienia za-

nikają już po 9 - 10 dniach. Po za tem są jeszcze włókna, które zaliczyć można do przejściowych.

Na podstawie szeregu obszernych badań doświadczalnych, wykonanych na nerwach obwodowych, przeważnie na nerwie błędnym królika, autorzy przyszli do wniosku, że włókna nerwowe posiadające grubą osłonkę myelinową wyrodnieją powoli i że zwyrodnienie ich charakteryzuje się rozpadem myeliny w kształcie dużych grudek; natomiast włókna o cienkiej osłonce myelinowej wyrodnieją szybko, myelina zaś rozpada się na drobne grudki. Podkreślają przytem fakt jednoczesnego pojawiania się zwyrodnienia wtórnego w całym włóknie. Ponieważ jednak istnieją różnice w grubości jednego i tegoż samego włókna, zwłaszcza w układzie ośrodkowym (rozgałęzienia, włókna końcowe), zrozumiałem się przeto staje, że w pewnych okresach czasu nie można wykazać zwyrodnienia w całym przebiegu włókna jednocześnie. I tak np. gdy po 15 dniach zaginąć już mogły wszelkie ślady zwyrodnienia włókien końcowych, we włóknie głównem imponuje jeszcze wielka ilość grudek Marchi'ego lub naodwrót, podczas gdy na 4-y lub 5-y dzień po operacji zwyrodnienie włókien końcowych występuje najwybitniej, może być ono jeszcze słabo zaznaczonem w głównym włóknie.

Stąd wniosek, że należy uwzględniać te dane w przyszłości, i, robiąc doświadczenia na zwierzętach, zabijać jedne w celach sprawdzenia w 4—5 dni po operacji, inne zaś po 2—3 tygodniach.

S. Jeleńska-Macieszyna.

THE JOURN. OF NERV. and MENT. DISEASE 1910.

G. SCHLAPP i J. WALSH. Myasthenia gravis.

24 letnia panna dowiedziadziała się nagle o śmierci swego brata, dostała silnych mdłości i kilkakrotnie omdlewała. Straciła na pewien czas sen i apetyt. Kiedy wszystkie te dolegliwości minęły, chora zauważyła, iż bardzo szybko męczy się i że przy pracy opadają jej powieki. Po 6 tygodniach do objawów tych przyłączyła się trudność przy połykaniu pokarmów. Badanie elektryczne wykryło objaw Jolly'ego. Po 2 mies. leczenia nastąpiła bardzo znaczna poprawa, trwająca kilka miesięcy, poczem stale stan chorej pogarszał się, wreszcie nastąpiła śmierć.

Autorzy przytaczają teorję Knoblaucha: twierdzi on, że mięśnie składają się z dwóch istot — z ciemnej i jasnej. Jasna kurczy się szybko, ale też równie szybko wyczerpuje się; ciemna — kurczy się powoli i długo zachowuje żywotność kurczenia się. Przy myastenji ciemna istota jakoby zanika, przy myotonji — jasna. Grasica podtrzymuje żywotność ciemnej istoty i niszczy jasną. Wstrząs nerwowy może powodować zanik grasicy(?)

CH. MILLS. Tumors and cysts of the spinal cord with a record of two cases.

I. 33 letnia dotychczas zdrowa kobieta zaczyna odczuwać bóle w karku i w lewem ramieniu. Bóle zjawiają się napadowo. W przeciągu 2 lat po za za tym objawem innych nie stwierdzono. Po dwóch latach zjawia się drętwienie oraz osłabienie i niezręczność ruchów w lewej kończynie górnej i dolnej. Zaburzenia w czynnościach odbytnicy i pęcherza. Przy badaniu wykryto wzmożenie odruchów ścięgniowych po stronie lewej, objaw Babińskiego, osłabienie lewych kończyn, zaniki w mięśniach lewej dłoni. Osobliwością przypadku był brak zaburzeń czuciowych. Zaledwie dało się stwierdzić nieznaczne osłabienie czucia dotykowego w obrębie łokciowego brzegu dłoni i przedramienia. Adiadokokinesis w lewej dłoni.

Przy operacji usunięto V i VI kręgi szyjowe i na wysokości V kręgu znaleziono niewielki nowotwór (śródbłoniak), otaczający VI tylny korzeń.

Po operacji zaczęła szybko występować poprawa pod względem siły mięśniowej, bóle zniknęły. Natomiast wystąpiły zaburzenia ze strony oczu: lewa powieka górna opadła, lewa źrenica zwęziła się. W lewej dłoni chora zaczęła doznawać bólów, powtarzających się napadowo co 4—5 dni.

II-gi przypadek dotyczył chorego, u którego na pół roku przed dokonaną operacją rozwinęły się objawy następujące: silne bóle w krzyżu, zaburzenia w oddawaniu moczu, ból wzdłuż lewego nerwu kulszowego, podniesienie ciepłoty ciała. Po kilku miesiącach przyłączył się bezwład obu kończyn dolnych, wreszcie wystąpiły wszystkie objawy, towarzyszące zwykle uciskowi rdzenia. Zabieg chirurgiczny wykonany na wysokości 7—8 kręgów grzbietowych wykrył torbiel, utworzoną przez oponę miękką i pokrytą oponą twardą. W torbieli znajdował się płyn mózgowo-rdzeniowy. Rdzeń zachował normalny wygląd i kształt.

Po operacji nastąpiła niewielka i bardzo powolna poprawa. Zapalenie pęcherza pogorszyło stan ogólny. Chora zmarła. Badania pośmiertnego nie dokonano.

Przypadki torbieli rdzenia opisywali Spiller, Musser i Martin, Schlesinger i inni. Autorzy ci zaznaczają, iż rozpoznanie różniczkowe pomiędzy nowotworem rdzenia i torbielą jest niezmiernie trudne. Oppenheim uważa, iż zwolnienia w przebiegu cierpienia przemawiają za torbielą. Zdaniem tegoż autora, torbiel powstaje na skutek surowiczego zapalenia opon, które może powstać samoistnie lub towarzyszyć nowotworowi rdzenia i cierpieniom kręgów.

W danym przypadku Mills przypuszcza istnienie nowotworu niewykrytego przy operacji.

N-r 10. E. REID. Antopsychology of the manie-depressive.

Kraepelin twierdzi, iż poczucie choroby jest cechą stałą i charakterystyczną dla manjakalno-depresyjnej psychozy. Autorka niniejszej pracy notuje, iż w obserwowanych przez nią przypadkach sprawdzało się to w 39%, w 33% poczucie było niezupełne, w 28% zaś chorzy nie mieli go wcale.

Jedna z chorych opisywała własne myśli i odczuwanie z okresu chorobliwego podniecenia: orjentacja była znakomicie zachowana; ponieważ chora zdawała sobie sprawę, że traci kontrolę nad biegiem myśli i wypowiadaniem ich, więc prosiła sama, aby ją przeniesiono do innego szpitala, obawiała się bowiem, że jako była zarządzająca danego szpitala wypowie jego tajemnice i zdyskredytuje rozmaite osoby. Każdy czyn jej znajdował swoją rację w świadomości chorej: darła odzież, ponieważ znajdowała się w szpitalu pod kontrolą i uważała, że odzież ta jest nieodpowiednią.

W życiu szpitalnem najnieznośniejszą była dla niej ciągła kontrola. Bóle, o których mówiła w podnieceniu, istotnie odczuwała w bardzo silnym stopniu w rozmaitych częściach ciała.

Inna chora opisywała okres podniecenia, w którym uważała się za zupełnie zdrową, pomimo iż miała przesadnie wysokie pojęcie o swej roli społecznej, pisywała listy do prezydenta rzeczypospolitej ze wskazówkami natury politycznej. Podczas okresu przygnębienia chora wyraźnie obserwowała zahamowanie swoje: myśli snuły się w jej świadomości, miała obawy rozmaite, a nie mogła zdobyć się na najmniejszy czyn, by obawy te sprawdzić, impulsy zjawiały się, lecz coś przykuwało ją w pozycji raz przyjętej i na czyn nie pozwalało. I w tym przypadku chora odczuwała istotnie bardzo silne bóle w karku, ramionach i rękach po każdym okresie przygnębienia.

J. THOMAS i E. NICHOLS. Report of a case of resection of dorsal spinal nerve roots for gastric crises of tabes.

Napady żołądkowe (crises gastriques) mogą zjawiać się jako pierwsze objawy wiądu rdzenia. Fournier stwierdził to w 15 przypadkach (na ogólną liczbę 211).

Bóle z żołądka promieniują do brzucha i pleców, są niezmiernie silne, trwać mogą przez kilka godzin, a nawet dni. Chory wymiotuje często pożywienie, krew i żółć. Czasem następuje zapaść, niekiedy—śmierć. Śmierć należy tłomaczyć sobie jako powikłanie sercowe lub jako skutek towarzyszącej biegunki.

Badania anatomo-patologiczne żołądków tych chorych nie wykazały nigdy krwawych wybroczyn.

Pochodzenie bólów najrozmaiciej było tłomaczone: Buzzard sądził, iż zależą one od zmian w nerwie błędnym, Oppenheim znalazł nawet w 2 przypadkach stwardnienie jąder tego nerwu, Roux i Foerster znaleźli zmiany we włóknach nerwu współczul-

nego. Na tej zasadzie starają się usunąć napady żołądkowe drogą przecięcia włókien nerwu współczulnego i błędnego, przedostających się do rdzenia przez gałązki łączące (rami communicantes) 7—8 i 9 korzenia grzbietowego.

Chory, opisany przez autorów niniejszego artykułu, poddał się operacji jamy brzusznej na skutek bardzo silnych bólów żołądka. Nic nie znaleziono. Po 4 latach wykonano na nim operację Foerstera. Przed zabiegiem operacyjnym stwierdzono osłabienie czucia bólowego w obrębie III—V żeber po stronie prawej, poniżej zaś tej okolicy wzmożenie tegoż czucia. Po stronie lewej zmniejszenie czucia obejmowało pas od III do VII żebra.

Otworzono kanał kręgowy na przestrzeni od IV do VII kręgu grzbietowego. Po przecięciu opony twardej stwierdzono, że opona miękka pokryta jest masą galaretowatą. Przecięto VII do X-go (włącznie) korzenie tylne z obu stron.

Po operacji bóle znikały stopniowo. Czucie początkowo nie uległo zmianie, dopiero po 10 dniach wystąpiło na skórze osłabienie czucia bólowego i dotykowego: po stronie prawej na przestrzeni od III-go żebra do linji poniżej żeber, po stronie lewej od V-go żebra do tej samej granicy. Odruchy brzuszne otrzymywało się tylko przy drażnieniu dolnych okolic brzucha. Chory przez czas dłuższy nie doznawał napadów.

S. POTTS. Intradural cyst of the spinal meninges remored by operation, recovery of the patient.

42 letni mężczyzna doznaje od dwóch lat napadowo silnych bólów w lewym boku. Jednocześnie chód chorego stał się trudniejszy i bezładny.

Przy badaniu stwierdzono bardzo nieznaczne osłabienie kończyn dolnych, wzmożenie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych, prawostronny objaw Babińskiego, obustronne zniesienie odruchów brzusznych oraz odruchu z moszny po stronie prawej. Czuciowe zmiany polegały na osłabieniu czucia bólowego i dotykowego na prawym udzie od pachwiny w dół na 8—10 ctm. Oba jądra nie wykazywały bolesności od ucisku. Płyn mózgowordzeniowy zawierał sporo limfocytów i komórek wielojądrowych.

Rozpoznano nowotwór w okolicy I-go lędźwiowego odcinka.

Otwarto podczas operacji kanał kręgowy na przestrzeni od VII-go do X-go kręgu grzbietowego (włącznie). Stwierdzono, iż opona twarda jest sinawa, nie tętni i uwypukla się. Po otwarciu jej wylało się bardzo dużo płynu i na oponach miękkich zauważono obfitą masę galaretowatą w obrębie XI i XII grzbiet. i I-go lędźwiowego odcinka. Przy badaniu drobnowidzowem masy tej, którą usunięto palcami, stwierdzono, iż składa się ona z komórek śródbłonka, z nacieczeniowych komórek, włókien, tkanki zmienionej śluzowato i z ognisk krwawych wybroczyn. Całość robiła wrażenie torbieli krwotocznej.

Po operacji chory zupełnie utracił władzę w nogach, która stopniowo jednak powracała.

Odruch mosznowy prawy, który był zupełnie znikł — powrócił. Jądra również odzyskały wrażliwość na ucisk. Opierając się na tym przypadku autor sądzi, iż czuciowe włókna dla jąder odchodzą od XI, XII grzbietowego i I lędźwiowego odcinka.

Zylberlastówna.

BRAIN. 1910. October. P. CXXX V. 33.

WEISENBURG. Tumours of the third ventricle with the establishment of a symptom complex.

Autor zebrał 27 przypadków nowotworów trzeciej komory, opisanych poprzednio i dodaje do tego trzy własne przypadki. Wszystkie przypadki nowotworów trzeciej komory W. dzieli na trzy kategorje: 1) nowotwory, leżące w komorze i nie uciskające ani na otwór Munro'a ani na wodociąg Sylwiusza, 2) nowotwory zamykające otwór Munro'a i 3) nowotwory zamykające wodociąg Sylwiusza. Prawie we wszystkich przypadkach dołącza się wodogłowie wewnętrzne z następczym bólem głowy, tarczą zastoinową, wymiotami i bezładem typu móżdżkowego. Oprócz tego nowotwory: 1) grupy pierwszej mogą wywoływać porażenie kończyn jedno lub obustronne przez ucisk na torebkę wewnętrzną, a także objawy ze strony wzgórka wzrokowego; 2) chorzy z nowotworem grupy drugiej cierpią na przejściowe niedowidzenie; 3) nowotwory trzeciej grupy wywołują objawy, powstałe na skutek ucisku na otaczającą tkankę (jądra III pary nerwów, jądro czerwone, drogi móżdżkowe i t. d.). Nowotwory trzeciej komory nigdy nie wywoływały objawów psychicznych.

OSBORNE and KILVINGTON. Central nervous response to peripheral nervous distortion.

Doświadczenia autorów (na psach) polegały na zeszywaniu jednego końca przeciętej środkowej gałęzi lewego zwoju barkowego z obwodowym końcem takiej że przeciętej gałęzi prawego zwoju. Po paru miesiącach autorzy drażnili prądem przerywanym odpowiednie ośrodki ruchowe w korze mózgowej. Doświadczenia ich wykazały, że w ośrodkach ruchowych może nastąpić zmiana czynności.

J. Handelsman.

BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT 1911.

Nr. 1. E. FROELICH. Beobachtungen über ein neues sedativum und Einschläferungsmittel, das Adalin.

Autor wypróbował w ostatnich czasach nowy nieszkodliwy środek nasenny i kojący, t. zw. „adalinę“. Firma Bauera wyrabia go w postaci proszku i półgramowych tabletek. Jest to połączenie dwuetyloacetylo-mocznika z bromem, a działa w ten sposób, że sprowadza uczucie zmęczenia, które następnie przechodzi w naturalny sen.

Autor stosował adalinę, dając zwykle po jednym gramie przed snem; w razie przebudzenia się chorego, po kilku godzinach dodawał jeszcze pół grama. Podobnie jak i inne środki nasenne, radzi zapijać adalinę obfitą ilością ciepłego płynu.

Doświadczenia swe autor opiera na wielu spostrzeżeniach; w pracy swej podaje opis kilku przypadków chorób nerwowych i stanów podniecenia. W tych ostatnich zaleca stosować adalinę w mniejszej dawce, bo po pół grama, lecz 2 lub 3 razy dziennie.

Nr. 5. EDVARDO CATAPANO. Mydriatische Wirkung von Organextracten und — flüssigkeiten.

Do doświadczeń swych autor używał wyciągów ze świeżych narządów zwierzęcych. Otrzymanym drogą maceracji przesączem oddziaływał na wyłuszczone oko żaby i dokonywał pomiarów cyrklem.

Z 70 prób wynika, że: 1) wodne i alkoholowe wyciągi z nadnerczy i przysadki mózgowej działają wybitnie w kierunku rozszerzania źrenicy; 2) mniej energicznie działające wyciągi otrzymać można z grasicy, nerek, trzustki, wątroby, jądra, tkanki mięśniowej; przeciwnie—wodny wyciąg tarczycy, wodny i alkoholowy wyciąg mózgu, wodny wyciąg śledziony pozostają bez wpływu na źrenicę; 3) działanie odnośne zależy od substancji, znajdujących się w tkankach narządów, nie zawiera ich natomiast surowica krwi; 4) doświadczenia autora mogą tłomaczyć przypuszczenia Makaroff'a, Schurr'a, Wiesera, którzy sądzą, że rozszerzanie się źrenicy u chorych na nerki w mocznicy zależy od wzmożonej czynności nadnerczy; te ostatnie bowiem w takim stanie chorobowym są nieprawidłowo drażnione przez krążące w ustroju wydalinowe substancje.

Nr. 7. R. TRAUGOTT. Erfahrungen mit einem neuen Hypnoticum (Adalin) in der ambulanten Praxis.

O adalinie ogłosili dotychczas prace: Impens, Fleischmann, Fink i Kalischer. Opisywali oni farmakologiczne własności oraz działanie lecznicze środka. Autor stosował adalinę w praktyce ambulatoryjnej i otrzymywał zawsze wyniki dodatnie. Z początku podawał chorym pół grama na $^1/_2$ godziny przed położeniem się do łóżka, drugie zaś pół grama bezpośrednio przed zamiarem zaśnięcia. U niektórych chorych po pierwszej dawce występowało przykre bardzo znużenie. Aby tego uniknąć wystarczało ograniczyć się do jednej dawki, lecz większej, mianowicie jednogramowej.

Ubocznych objawów adalina nie wywołuje. Fleischmann i alischer stosowali ją u chorych na serce i nerki w przeciągu 14 dni z rzędu z pomyślnym skutkiem.

Nr. 7. SCHROEDER. Zur Behandlung der Morphinisten.

Autor jest zwolennikiem raptownego odejmowania morfiny morfinistom; uważa, że naogół zbyt przesadne są obawy wielu lekarzy co do występowania zatrucia wskutek pozbawiania ustroju morfiny. Objawy ujemne bywają zazwyczaj wtórne i zależą zwykle od ogólnego stanu chorych. Największą zwracać należy uwagę na działalność serca i w przypadkach cięższych otaczać chorych stałą opieką. W pierwszych dniach po usunięciu morfiny do łatwiejszego znoszenia głodu morfinowego dopomagają środki nasenne. Dowodzenia swoje autor popiera podaniem czterech historji chorób z wrocławskiej psychjatrycznej kliniki.

Nr. 8. OTTO L. KLIENEBERGER. Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleinicum.

W ostatnich czasach Fischer i Donath zalecali w paraliżu postęp. wstrzykiwania natrii nucleinici, aby sztucznie wywołać gorączkę i leukocytozę. Autor krytykuje wyniki, ogłoszone przez Donatha, zaznacza pewną niedokładność w rozpoznawaniu i nieścisłość w ocenianiu poprawy. Sam posiada 15 spostrzeżeń, leczonych z początku metodą Fischera, po kilku zaś tygodniach metodą Donatha. Leczono tylko chorych z rozpoznaniem pewnem, sprawdzanem przez badania sero i cytologiczne.

Trwalszej poprawy nie zauważono ani razu, chorzy stale zyskiwali tylko na wadze. W 4 przypadkach nastąpiło krótkotrwałe, lecz wybitne pogorszenie. Wyniki powyższe nie zachęcają autora do dalszego stosowania tych bolesnych prób.

Nr. 8. BITTORF. Mydriatische Wirkung von Organextracten.

Ogłoszona w tym samym przedmiocie praca Catapano skłoniła autora do podania swych własnych badań. Już przed dwoma laty wykrył on w wyciągu z nerek ludzkich substancję rozszerzającą źrenicę; działała ona stosunkowo wolniej, niż podobna substancja z nadnerczy. Wodny wyciąg ze śledziony i wątroby nie posiadał tej własności.

Badając wycięte w czasie operacji ludzkie tarczyce, doszedł autor do wniosku, że i one posiadają własność rozszerzania źrenicy; reakcja wypadała ujemnie tylko w mniejszości przypadków, przeważnie w razie rozległego koloidalnego zwyrodnienia gruczołu.

Fraenkel w przypadku choroby Basedowa znalazł we krwi chorego substancję, działającą silnie pobudzająco na wyosobnioną macicę królika, a mającą cechy zbliżone do adrenaliny. Zaciekawiony tem spostrzeżeniem autor dokonywał analogicznych doświadczeń i również często otrzymywał silne skurcze mięśnia macicy.

Ponieważ jednak i inne narządy, jak przysadka, jajnik, trzustka zawierają rozszerzające źrenicę substancje, było by nieuzasadnionem rolę tę przypisywać wyłącznie nadmiernemu wydzielaniu się adrenaliny. W chorobie Basedowa na zasadzie dotychczasowych badań wytłomaczyć sobie można ten objaw zwiększoną ilością wydzieliny tarczycy.

Nr. 9. OHLEMANN. Zur Jodbehandlung bei der Basedow'schen Krankheit.

Niedawno Krehl zalecał ostrożnie stosować jod w chorobie Basedowa i zaznaczał, jak rozmaicie oceniają wpływ tego środka w północnych i południowych Niemczech.

Zdaniem autora główną przyczyną różnicy poglądów jest dawka jodu. Zbyt wielka ilosć wskutek powinowactwa, jakie posiada jod z tarczycą, drażni gruczoł.

Krehl, podając przez 14 dni z rzędu chorym na stwardnienie tętnic po 1,0 jodku potasu, zauważył, że rozwijały się niekiedy ciężkie stany tyreotoksyczne. Römheld notuje wystąpienie objawów choroby Basedowa na skutek podawania jednej łyżki dziennie rozczynu 8,0 : 200,0 w przeciągu 4—5 miesięcy. Obecnie stosuje się jodek potasu naogół w bardzo dużych dawkach. Nie może to pozostać bez wpływu na tarczycę, zwłaszcza gdy zważymy, że 1,0 KJ zawiera 0,25 czystego jodu, sajodynowe zaś lub glidinowe tabletki po 0,12 jodu.

Tillman w przypadkach długotrwałego leczenia uważa za pewniejsze działanie nalewki jodowej.

Podawany w postaci jodku potasu jod wchłania się wolniej, niż w razie stosowania nalewki, ponieważ w solach jony stają się wolnymi dopiero w kiszkach dzięki elektrolitycznym dysocyacyom.

Bardzo więc prawdopodobnem jest przypuszczenie, że z czasem może wystąpić niepożądane działanie zbiorowe.

Autor, dotknięty chorobą Basedowa, doznał zbawiennego działania nalewki jodowej, podczas gdy jodek potasu i antityreoidyna Moebiusa pozostawały bez skutku.

J. Drac.

MÜNCH. MED. WOCH. 1911.

N-r 1. BEISELE. Ueber die Reaktion des Harnes bei Paralyse mit Liquor Bellostii.

N-r 9. F. STERN. Ueber die spezifische Bedeutung der Harnreaktion mit Liquor Bellostii bei Paralyse.

Butenko (Russkij Wracz N-r 2.1910), wychodzi z zasady, że ponieważ pewne związki chemiczne we krwi syfilityków dają re-

akcję Wassermana, więc i w moczu paralityków należy poszukiwać jakichś charakterystycznych związków chemicznych. W tym celu zaproponował następującą reakcję: zagotowujemy w probówce kilka sześcien. centym. moczu, następnie dolewamy 10 — 15 kropel świeżo przygotowanego Liq. Bellostii (jest to sól rtęciowa (Merkuronitrat), rozpuszczona w wodzie z dodatkiem kali chlorici) i ponownie 2—3 razy zagotowujemy; po ustaniu się i oziębieniu moczu osadza się osad w moczu osobników zdrowych biały lub biało-żółty, a w moczu paralityków szary lub szaro-czarny. Beisele przerobił tę próbę w 100 przypadkach, z których 27 było porażeń postęp. w różnych okresach rozwoju, 6 przyp. wiądu rdzenia, 20 przyp. syfilisu różnych narządów, resztą różne wewnętrzne, nerwowe i umysłowe choroby. Na 27 przypadków porażenia postęp. w 25 otrzymał reakcję pozytywną czyli w 95%. Przed próbą nie należy dawać chorym preparatów jodu, trionalu i sulfonalu; przytem konieczny warunek— odczyn moczu winien być kwaśny. Stern badał mocz również w 100 przypadkach, z których 13 było porażeń postęp., reszta nowotwory mózgu, organiczne i czynnościowe cierpienia układu nerwowego, i otrzymał zgoła inne wyniki, aniżeli Beisele i Butenko. Na 13 przyp. porażeń postęp. w 5 reakcja była zupełnie ujemna (osad biały); na 63 przypadki psychoz i psychoneuroz w 19 reakcja pozytywna, w 26 ujemna, w 18 wątpliwa; na 5 nowotworów mózgu w 3 próba pozytywna.

N-r 2. MARCUS. Die Salvarsan-Behandlung bei syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems.

Autor stosował salvarsan w 50 przypadkach chorób nerwowych i doszedł do następujących wniosków: w przypadkach poczynającego się porażenia postępującego i wiądoparaliżu następowała znaczna poprawa; nawet w przypadkach wieloletniego wiądu rdzenia bóle znikały i bezład poprawiał się; w niektórych przypadkach poprawiała się działalność pęcherza; w 2 przypadkach powróciły odruchy kolanowe i oddziaływanie źrenic; ciekawem jest wyleczenie porażenia nerwu twarzowego u starego paralityka i znaczna poprawa porażenia nerwu twarzowego i słuchu u chorej, dotkniętej syfilisem mózgu. Przedewszystkiem interesująca jest znaczna poprawa zaburzeń mowy, jaką autor w wielu przypadkach spostrzegał. Wyniki tak świetne autor tłómaczy sobie wpływem salvarsanu na dawne zmiany w oponach, które wywierały ucisk, a obecnie uległy wessaniu. Szybkie znikanie bólów Ehrlich tłómaczy tem, że spirochety wytwarzają toksynę, drażniącą nerwy, a 606 neutralizuje ową toksynę. Nawet w przypadkach daleko posuniętego porażenia postępującego i wiądu, aczkolwiek wiele oczekiwać nie można, autor spostrzegał pewną poprawę podmiotową, ogólne wzmocnienie i znikanie bólów. Autor miał kilka śmiertelnych przypadków, lecz nigdy nie widział

przyczynowego związku z zastosowaniem salvarsanu. Podziela zdanie Ehrlicha, że w ciężkich przypadkach wiądu i porażenia postępującego trzeba być bardzo ostróżnym z zastrzyknięciem salvarsanu, ponieważ mamy do czynienia z osobnikami bardzo wycieńczonymi. Ból po zastrzyknięciu salvarsanu w przypadkach porażenia postępującego i wiądu jest albo żaden albo nieznaczny ze względu na zwykłe znieczulenia u tego rodzaju chorych. Złego wpływu salvarsanu ani na nerw oczny, ani na nerki nie widział autor, przeciwnie w jednym przypadku zapalenia nerek znikło białko po zastrzyknięciu salvarsanu.

N-r 2. HAYMANN. Weitere Erfahrungen mit Pantopon.

W pracy tej autor uzupełnia poprzednie swoje wnioski co do wartości leczniczej pantoponu, jakie ogłosił w zeszłym roku (Pantopon in der Psychiatrie. Münch. Med. W. 1910. s. 2238). Obecnie autor spostrzegał w jednym przypadku silny zawrót głowy, który w ciągu 6 godzin nie pozwalał chorej utrzymać się na nogach i objaw ten powtarzał się wielokrotnie po każdem zastrzyknięciu pantoponu. U innej chorej, dotkniętej psychozą maniakalno-depresyjną, po 3 miesięcznem stosowaniu pantoponu pod skórę (1 ct. sz., niekiedy wyjątkowo 2 ct. sz.) wystąpiły halucynacje, zaburzenia mowy i typowy padaczkowaty napad z zupełną utratą przytomności; po odstawieniu leku objawy powyższe szybko i zupełnie ustąpiły. W niektórych przypadkach spostrzegano objawy przyzwyczajenia się, jak przy makowcu i morfinie. Wogóle pantopon należy uważać za dobry preparat, lecz trzeba być ostrożnym w stosowaniu, a z sądem ostatecznym wstrzymać się do dalszych spostrzeżeń.

N-r 2. ALTHOFF. Zur Auslösung des Achilles-sehnenreflexes.

Zwykle podczas badania odruchu ze ścięgna Achillesa chory albo klęczy albo leży w pozycji bocznej. Nie zawsze jednak w takiej pozycji udaje nam się wywołać odruch, przeszkadza temu napięcie ścięgna przez badanego. Autor zaleca następującą pozycję: chory siedzi na krześle, opierając się mocno plecami o poręcz krzesła, twarz zwrócona cokolwiek w górę, nogi zgięte w kolanie pod kątem 110° — 120°; nogi stoją na stołeczku 22 ctm. wysokim i 6 ctm. szerokim, przyczem górna powierzchnia zaokrąglona z obu stron. Mocne uderzenie w ścięgno Achillesa szybko wywołuje żądany odruch, o ile on jest.

N-r 3. JOLLY. Zur Prognose der Puerperalpsychosen.

Autor pod mianem psychoz porodowych rozumie choroby umysłowe, występujące u kobiet: 1) podczas ciąży, 2) w ciągu pierwszych 6 tygodni po porodzie i 3) podczas karmienia. Wnio-

ski swoje opiera na 79 przypadkach, spostrzeganych w klinice w Halli w latach od 1887 do 1900 r. Z tych 79 przyp. było 9 (= 11%) podczas ciąży, 55 (= 70%) wkrótce po porodzie i 15 (= 19%) podczas karmienia. Co do zachorowań podczas ciąży dodać należy, że sam poród albo żadnego wpływu nie wywiera na psychozę, albo raczej ujemny. Zupełne wyzdrowienie nastąpiło w 36 przypadkach (46%); jeśli doliczyć chore, wyleczone zupełnie po nawrocie (6), i chore, wypisane z kliniki do domu z bardzo nieznacznemi zmianami psychicznemi (np. zmienność usposobienia — 5 przyp.), to otrzymamy 47 przyp. wyleczeń czyli 59%. Nawrót choroby spostrzegano w 11 przypadkach; umarło wciągu 1-szego roku 10 chorych (= 13%). Najlepsze rokowanie dawały psychozy, które wystąpiły wkrótce po porodzie. Dziedziczne obciążenie notowano w 49 przyp. — w tych ostatnich choroba trwała przeciętnie 34 tygodnie, w przypadkach bez obciążenia 22 tygodnie. Wiek chorych wywierał wpływ na trwanie choroby: chore przed 30 rokiem życia chorowały przeciętnie $15^1/_2$ tyg., po 30 roku 30 tygodni. Psychoza trwała przeciętnie 18—19 tygodni u chorych, które zachorowały w 1-szym lub 2-im tygodniu po porodzie; późniejsze zachorowanie po porodzie dało przeciętnie $26^3/_5$ tyg. Miała też wpływ na długość trwania psychozy ta okoliczność, czy zakażenie narządów płciowych poprzedziło wystąpienie psychozy, mianowicie psychoza trwała wtedy przeciętnie 20 tyg., bez zakażenia 28 tyg. Sposób powstawania psychozy t. j. ostry czy przewlekły początek miał widoczny wpływ na rokowanie, przy ostrym początku 6 razy więcej było wyzdrowień. Bardzo ujemny wpływ na rokowanie wywiera dawniej przebyta umysłowa choroba, zwłaszcza w dzieciństwie. Nawrót psychozy połogowej nie obciąża rokowania. Przeciętnie między jedną a następną psychozą połogową upłynęło 3 lata 8 mies.; przy wielokrotnych nawrotach, jedne połogi odbywały się bez psychozy, inne z psychozą.

N-r 8. GLINUN. Z u r B e h a n d l u n g d e r I s c h i a s m i t e p i d u r a l e n I n j e c k t i o n e n.

Zachęcony wynikami, jakie otrzymują francuscy lekarze od zastrzykiwań nadopononowych, autor zastosował tę metodę w 7 przypadkach rwy kulszowej, odpornej na wszelkie inne leczenie. W 5 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie, w 2 po pewnej poprawie bóle powróciły. Autor trzymał się ściśle techniki Cathelin'a — zastrzykiwał $^1/_4$% roztwór kokainy, 1% eucainy, fizjologiczny roztwór soli, wreszcie roztwór Schleicha II; zastrzykiwał naraz od 10 do 20 ctm. sz. W kilka minut po zastrzyknięciu, kiedy wrażliwość zmniejszona, autor radzi wykonać wyciąganie nerwu. Prócz przypadków rwy kulszowej miał autor doskonały wynik u dziewczynki 12 letniej, cierpiącej od dłuższego czasu na uporczywą coccygodynię.

N-r 9. SAENGER. Ueber nervöse Atmungs — und Herzbeschwerden als Folgen gostrointestinaler Reizzustände.

Zdaniem autora nerwowe zaburzenia sercowe i oddechowe występują bardzo często wskutek nadmiernej wrażliwości żołądka i kiszek na drodze odruchowej, przez podrażnienie tej lub innej części tych narządów. Stwierdzenie tego faktu ma wielkie znaczenie ze względu na leczenie przyczynowe owych objawów nerwowych Pokarmy mogą wywoływać podrażnienie w trojaki sposób: 1) chemiczny (np. zbyt korzenne potrawy), 2) termiczny (zbyt gorące lub zimne potrawy) i 3) mechaniczny. Zresztą spostrzegamy niekiedy idjosynkrazję względem niektórych potraw czy napojów. Objawy chorobowe mogą występować bezpośrednio po spożyciu pokarmu lub też podczas trawienia; najczęściej i najsilniej przejawiają się w 2—3 godziny po jedzeniu. Rozpoznanie omawianego cierpienia często natrafia na wielkie trudności, zwłaszcza u osób, dotkniętych jednocześnie organicznem cierpieniem układu krwionośnego. Leczenie przedewszystkiem polega na unikaniu tego wszystkiego, co może podrażnić przewód pokarmowy. Po zatem odgrywa wielką rolę leczenie psychiczne i stosowanie odpowiednich środków lekarskich w celu zwalczania takich objawów, jak np. nadkwaśność, wytwarzanie się nadmierne gazów, zbyt wolny czy szybki ruch robaczkowy kiszek i t. d.

K. Stróżewski.

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT 1910.

N-r 18. O. MAAS. Fall von linksseitiger Apraxie mit bemerkenswerter Sensibilätsstörung.

Po licznych napadach wylewów krwi do mózgu u 51-letniej kobiety, w 9—12 lat po napadach—rozwinęła się wespół z zaburzeniami intellektu apraksja głównie w kończynie górnej lewej. Pozatem rozwinęły się po stronie apraksji — zaburzenia czuciowe, które uwidaczniały się jedynie przy drażnieniu symetrycznych części ciała, a polegały one na tem, że o ile przy drażnieniu oddzielnem każdej połowy ciała podrażnienia te były odczuwane w każdej połowie, poddanej drażnieniu, o tyle przy drażnieniu jednoczesnem części symetrycznych odczuwanem bywało podrażnienie wyłącznie po stronie prawej, nie będąc odczuwanem po lewej, pomimo wiele mocniejszego drażnienia.

Za umiejscowieniem powyższych zaburzeń w prawej półkuli mózgu przemawiają — niedowład twarzy i osłabienie odruchu brzusznego po stronie lewej. Na zasadzie teorji Liepmanna należy przypuścić uszkodzenie przewodnictwa w spoidle wielkiem. Ognisko leżało prawdopodobnie niedaleko kory, gdzie włókna

ciała modzelowatego i włókna projekcyjne z kory znajdują się względnie blisko.

E. GIESE. Zwei Fälle von Tetanie bei Cholera.

Zaburzenia w układzie nerwowym w przebiegu cholery należą do bardzo rzadkich. Autor spostrzegał w Petersburgu w r. 1908 dwa przypadki tężyczki, jako powikłania cholery. W jednym objawy cierpienia tego ukazały się 16 dnia od wybuchu u pacjenta cholery a w 8 dni po ustaniu biegunki, w drugim po 15 dniach od ukazania się cholery a po 9 od chwili ustąpienia biegunki i wymiotów. Nie można drgawek tych uważać za następstwo zubożenia ustroju we wodę, albowiem zjawiły się wtedy, gdy chorzy się poprawiali i zyskiwali na wadze.

Przypadki te zasługują i pod tym względem na uwagę, że w nich nie notowano wzmożenia pobudliwości galwanicznej nerwów ruchowych.

ARTUR SCHLESINGER. Die Förster'sche Operation.

Nowożytna ortopedja poczyniła w leczeniu porażeń kurczowych znaczny krok naprzód. Drogą skombinowania teno—i myotomji, gimnastyki i różnych aparatów można było dotychczas pewną poprawę uzyskać. Najwięcej można było dokazać w chorobie Littla.

Förster odkrył zupełnie nową metodę leczenia tych stanów: zniesienie stanu kurczowego przez przerwanie łuku odruchowego drogą wycięcia tylnych korzeni rdzenia.

Punktem wyjścia dla propozycji Förstera było spostrzeżeżenie, że gdy cierpienie tylnych pęczków w obrębie pasma wstępowania korzeni (Wurzeleintrittszone) do części lędźwiowo-krzyżowej rdzenia przyłącza się do cierpienia dróg piramidowych, przy którem są mocno wyrażone objawy wzmożonej pobudliwości mięśniowej, to wówczas znikają w zupełności poprzednie objawy wzmożonej pobudliwości odruchowej. Zjawisko to uwarunkowane jest przerwaniem rdzeniowego mechanizmu odruchów. Zachodzi kwestja, czy nie powstają przez to zaburzenia czucia i bezład. Zaburzenia czucia nie są znaczne wobec tego, że każda okolica skóry jest zaopatrywaną przez trzy sąsiednie korzenie czuciowe. Bezład nie ma tu również znaczenia.

Co się tyczy wykonania operacji, to Förster proponuje dla zwykłego typu choroby Little'a wycięcie 2, 3 i 5 korzenia lędźwiowego i 2 krzyżowego; w przypadkach silnego skurczu rozginaczy rezekować należy lędźwiowy 2, 4 i krzyżowy 1 i 2.

Dla porażeń kurczowych kończyn górnych wskazanem jest wycięcie korzeni szyjnych 4, 5, 7, 8 i grzbietowego 1-go.

Dotychczas opisano 35 przypadków operowanych według wskazówek Förstera.

Śmierć po operacji nastąpiła w 6 przypadkach (u 4 dorosłych i 2 dzieci).

We wszystkich szczęśliwie operowanych przypadkach choroby Little'a zauważono natychmiastowe i znaczne zmniejszenie się objawów kurczowych; dzieci odzyskują możność biegania bez pomocy lub co najwyżej przy pomocy kijów.

W innych cierpieniach operacja powyższa ma mniej widoków na powodzenie. Pośród 5 chorych operowanych z powodu stwardnienia wieloogniskowego 3 umarło bezpośrednio po operacji, u jednego poprawy nie stwierdzono, a u jednego po pierwotnej poprawie wystąpiło w kilka tygodni zupełne porażenie. Po porażeniach na skutek wylewów krwi do mózgu operacja w jednym przypadku sprowadziła śmierć, w dwóch dała wynik zły, w jednym tylko dobry. W przypadkach zapalenia kręgów operacja dała wynik dobry w 1 z 3 przypadków.

Przecinania tylnych korzeni już dawniej próbowano z innych powodów. Mingazzini w r. 1899 proponował ją, a później Chipault wykonywał, przy napadach żołądkowych (crises gastriques). Förster również kwestję tę poruszał.

N-r 19. WEITZ. Ueber Liquordruckerhöhung nach Kopftrauma.

Po urazach głowy zjawiają się często długotrwałe zaburzenia w postaci dokuczliwych bólów głowy, zawrotów głowy, zwłaszcza po przechyleniu, zmniejszonej zdolności do koncentrowania uwagi, łatwo występującego wyczerpania fizycznego lub duchowego, ogólnej nadwrażliwości. Badanie przedmiotowe wykazuje czasem zaburzenia naczynioruchowe, zmiany w odruchach. Rozpoznaje się w tych razach najczęściej neurastenję lub nerwicę urazową.

Weitz znajdował w tych przypadkach wzmożone ciśnienie płynu mózgowordzeniowego. Gdy ciśnienie zwykłe wynosi według Quincke'go 125 mm., według Nonnego dochodzi do 150 mm., w tych razach bywało 200, 300 i po nad 300 mm. Płyn był przezroczysty, zawartość białka, ilość komórek nie były powiększone, nie było więc danych, przemawiających za sprawą zapalną. Odczyn Wassermann'a był ujemny. Zdaniem autora wszystkie skargi chorych odnośnych dają się łatwo tłómaczyć przez owo wzmożone ciśnienie. Dane anatomopatologiczne w tej dziedzinie są skąpe. Znajdowano zmiany w naczyniach, zmętnienie i zgrubienie opony miękkiej, nacieczenie jej w miejscach, które gołem okiem wydawały się normalnemi, małe blizny i braki na powierzchni opon, czasami ograniczone zgrubienie opony twardej. Autor sądzi, iż zmiany te przemawiają za podrażnieniem opon i przestrzega aby przypadki podobne nie uważano za symulacje, zanim nie będzie dokonane nakłucie lędźwiowe. Radzi w tych przypadkach stosować spokój oraz preparaty salicylowe.

N-r 20. M. BERNHARDT. Kritische Betrachtungen über die neusten Versuche zur Heilung veralteter, als nicht heilbar betrachteter Facialislähmungen.

Autor w pracy ogłoszonej w r. 1906 p. t. „O zeszywaniu nerwu w porażeniu obwodowem n. twarzowego z punktu widzenia neurologji“ wypowiedział zdanie, że mięśnie pozbawione od kilku lat wpływów ośrodkowych mogą stać się czynnymi drogą odnowienia podniet ośrodkowych. W tym celu zaproponował dokonywanie operacji, do której użytym bywał n. dodatkowy lub podjęzykowy. N. podjęzykowy nadaje się lepiej: zaburzenia mowy i łykania szybko zostają wyrównane. Należy obwodowy koniec n. twarzowego łączyć nie z całkowicie, lecz do połowy średnicy przeciętym nerwem podjęzykowym. Dawidson twierdzi, że niepodobna się spodziewać całkowitego wyleczenia, lecz powrotu po kilku miesiącach symetrji twarzy podczas spokoju, możności przymykania oka i ust oraz pewnych ruchów dowolnych. Ruchy mimiczne rzadko powracają. Operacji poddawać się należy nie wcześniej jak w rok po rozpoczęciu się choroby. Próbowano również sąsiednich mięśni użyć w zastępstwie porażonych mięśni twarzy. Gomoiu w Rumunji proponował użycia w tym celu m. mostkowo - obojczykowosutkowego lub też, jak robił Jonescu, przeszczepiania włókien m. żwacza; ostatnie wydaje się lepszem. Myoplastyka poprawia asymetrję, zaburzenia mowy i przeżuwania.

H. OPPENHEIM Ueber die pseudotabische Form der multiplen Sklerose.

Autor podaje nowy typ stwardnienia rozsianego. Po przytoczeniu przypadków wypowiada się on w sposób następujący. Istnieją przypadki stwardnienia wieloogniskowego, które na początku lub w dalszym przebiegu wykazują objawy, przypominające wiąd rdzenia: hypotonja, znikanie odruchów, bezład, znieczulenia, objaw Romberga, czasami również podwójne widzenie i zaburzenia źrenic. Po za tem jednak występują objawy, obce wiądowi rdzenia, mianowicie drżenie gałek ocznych, brak odruchów brzusznych (objaw rzadki dla wiądu rdzenia) i zaburzenia wzroku, charakterystyczne dla stwardnienia wieloogniskowego. Czasami obok objawu Westphal'a występuje wzmożenie odruchów podeszwowych. Ważną cechę różniczkową stanowi to, iż objawy powyższe w stwardnieniu rozsianem rozwijają się ostro lub podostrawo, szybko się rozszerzają i są bardzo niestałe. Badanie surowicy krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego może poprzeć rozpoznanie.

Dane te były poniekąd już znane Westphal'owi, Charcot'owi i E. Müller'owi. Claude i Jacob podają, że w przebiegu stwardnienia rozsianego mogą znikać odruchy ścięgnowe.

K. MENDEL. Die Wechseljahre des Mannes (Climacterium virile).

Mendel, opierając się na 30 własnych spostrzeżeniach, kreśli obraz zaburzeń, występujących u mężczyzn pomiędzy 47 a 57 rokiem życia, najczęściej między 50 a 54 w okresie wstecznych zmian w gruczołach płciowych. Chorzy tej kategorji skarżą się na uczucie obawy, niepokoju, na ogólne osłabienie i przygnębienie; do tego przyłącza się najcharakterystyczniejszy objaw — wyraźny, uprzednio danej osobie niewłaściwy stan nadwrażliwości uczuciowej i skłonność do płaczu. Po za tem występują napady uderzeń gorąca do głowy, uczucie strachu z nagłym wybuchem potów, napadowe bicie serca, ściskanie piersi, ogólne uczucie zmęczenia, bezsenność — objawy, spostrzegane w okresie climacterium u kobiet. Do objawów rzadszych należą — uczucie zawrotów głowy, bóle głowy, zwłaszcza w postaci ucisku na głowę, parestezje, senność we dnie. Chorzy narzekają na osłabienie pamięci, zwłaszcza co do niedawnych zdarzeń i nazwisk, stają się obojętnymi, apatycznymi.

Objawy miażdżycy tętnic u chorych tych nie występowały; objawy drżenia widywano w nielicznych przypadkach, wzmożenia odruchów nie spostrzegano. Stan odżywiania bywał dobry; pokład tłuszczowy wzrastał. Inteligencja nie ulegała zmianie. Cierpienie rozwija się powoli i trwa od 10 miesięcy do 4 lat, najczęściej od $1^1/_2$ do 3 lat. Chorzy czują się najgorzej przeważnie wieczorem, niektórzy natomiast w godzinach rannych. Najczęściej chorzy wracali do zdrowia; pociąg płciowy wracał, jakkolwiek w słabszej postaci, niż przed chorobą.

Cierpienie to należy uważać, jako skutek zaburzeń wewnętrznej sekrecji, zmian wstecznych i osłabionej czynności gruczołów zarodkowych (Keimdrüsen). U mężczyzn po kastracji występują objawy podobne; objawów takich nie bywa u ludzi z psychiczną impotencją. Należy sądzić, że cierpienie to jest zjawiskiem częstem, lecz u wielu występuje ono w tak słabej postaci, że pozostaje niedostrzeżonem.

M. Biro.

ARCHIV F. PSYCH. U. NERVENKR. T. 47 Z. 2-gi 1910.

BERTHOLD PFEIFER. Psychische Störungen bei Hirntumoren.

Spostrzeżenia autora obejmują 86 przypadków zaburzeń psychicznych w nowotworach mózgu. Nowotwory wywołują w obrębie układu rzutowego i kojarzeniowego objawy psychiczne ogniskowe o charakterze podrażnienia lub ubytku i objawy psychiczne ogólne. Objawy z ubytku mają dla rozpoznania ogniskowe-

go większe znaczenie niż objawy podrażnienia, które często występują tylko jako wyraz ucisku guza.

Wśród objawów psychicznych ogólnych zwraca uwagę zamroczenie (Benommenheit), które, w stopniu różnym, występowało we wszystkich przypadkach autora. Obok tego u przeważającej liczby chorych występują zaburzenia uczuciowe, brak orjentacji, bredzenie, zespół Korsakowa; na ten ostatni objaw autor zwraca szczególną uwagę. Częste powstawanie powyższych objawów niezależnie od umiejscowienia guzów przemawia za tem, że są one wynikiem ogólnego działania nowotworów; istotną przyczynę tego działania autor widzi we wzmożonem ciśnieniu mózgu. Autor nie zgadza się z twierdzeniem Gianelli'ego, że wczesne występowanie zaburzeń psychicznych w nowotworach mózgu przemawia za siedliskiem guza w części czołowej. Spostrzeżenia autora nie stwierdzają poglądu, że płaty czołowe są ośrodkiem wyższych czynności psychicznych. Również autor nie uznaje t. zw. „wiłości" („Moria", „Witzelsucht" Jastrowitz) jako miejscowego objawu w podrażnieniach płatów czołowych. Zaburzenia psychiczne ogólnej natury jak zaburzenia uwagi, sądu, braki inteligencji, braki moralne, zmiany charakteru nie mogą być umiejscowione w określonej okolicy mózgu.

Szczegóły tej bardzo obszernej i wyczerpującej pracy należy przeczytać w oryginale.

LUDWIG ANDERNACH. Beiträge zur Untersuchung des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der zelligen Elemente.

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dało autorowi następujące wyniki: w porażeniu postępującem limfocytoza jak również Faza I Nonne'go znajdywała się we wszystkich przypadkach. W wiądzie rdzenia wynik obu prób wypadł w 2 przypadkach ujemnie, w pozostałych dodatnio. W kile mózgowej z wyjątkiem jednego przypadku limfocytoza wyraźna, a Faza I w 3 przypadkach tylko słabo dodatnia, w pozostałych dodatnia. W neurastenji, zatruciu przewlekłem wyskokowem, w padaczce samoistnej, w przypadku glejaka autor limfocytozy i próby Nonne'go nie znalazł. Połączenie fazy I i limfocytozy jest więc charakterystyczne dla zachorowań układu nerwowego pochodzenia kiłowego, ale nie pozwala odgraniczyć te cierpienia jedne od drugich. Autor badał i skład histologiczny komórek płynu mózgowordzeniowego, ale nie znalazł nic charakterystycznego dla wyodrębnienia jednych postaci chorobowych od drugich. Jedynie można powiedzieć, że w porażeniu postępującem autor napotykał częściej komórki z wodniczkami (wakuolami).

WASSERMEYER u. BERING. Die Wassermann Reaktion in der Psychiatrie und Neurologie mit besonderer Berücksichtigung der Paralyse, Tabes u. Lues cerebri bzw. cerebrospinalis.

Wyniki autorów dotyczą 98 przypadków. Wykonany był odczyn Wassermann'a we krwi i płynie mózgowordzeniowym, przeprowadzone badanie cytologiczne płynu, oraz chemiczne za pomocą próby Quillains — Paraut i Nonne-Apelt'a.

W porażeniu postępującem autorzy otrzymali wynik dodatni próby Wassermann'a w surowicy w 90%; w płynie mózgowordzeniowym tylko w 50%. Jednak ujemny wynik próby W. nie powinien skłaniać do zaniechania rozpoznania, jeżeli kliniczny obraz jest typowy dla porażenia. Praktycznie, dla celów rozpoznawczych jest pewniejszą próba chemiczna stale dodatnia w porażeniu postępującem i limfocytoza w cieczy mózgowordzeniowaj, którą Wassermayer znajdywał w 99% przypadków. Zbadane przez autorów przypadki wiądu rdzenia i kiły mózgowej nie są wystarczające do określenia odsetki wyników próby W. w płynie mózgowordzeniowym. Ogólnie można powiedzieć, iż w kile odczyn W. w surowicy bywa zwykle dodatni (94%) w płynie najczęściej ujemny; w wiądzie rdzenia dodatni w surowicy w 68%, w płynie w 3 przypadkach ujemny.

Ujemny wynik próby W. we krwi a dodatni w płynie nie był przez autorów spostrzegany, podczas kiedy odwrotny stosunek często ma miejsce.

Odczyn W. uwydatnia związek, jaki zachodzi pomiędzy porażeniem postępującem, wiądem rdzenia a kiłą. Autorzy uważają próbę W. za odczyn swoisty.

Obrazy chorobowe, które w tak wysokiej odsetce dają wynik dodatni próby W. jak porażenie postępujące (w surowicy) muszą być kiłowej natury. Dla terapji i rokowania odczyn W. nie jest bez znaczenia. Wiadomo dziś, że dodatni wynik próby W. u syfilityka przy odpowiedniem leczeniu może się stać ujemnym. Jeżeli się uda utrzymać stale wynik ujemny, to można przypuszczać, iż da się zabezpieczyć syfilityka od porażenia postępującego. W chorobach, nie będących w związku z kiłą,—autorzy ułożyli je w osobną tablicę — odczyn Wassermann'a daje wynik ujemny.

A. WESTPHAL. Ueber seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen.

Dokończenie pracy, podanej w 1-ym zeszycie tegoż Archiwum.

Autor omawia psychozy na tle zatrucia.

Pierwszy przypadek dotyczy psychozy porzucawkowej (psychosis posteclamptica): chora, nie obarczona dziedzicznie, w kilka godzin po pierwszym porodzie dostała napadów rzucawki; ciepłota 40°; mocz zawierał 22‰ białka; zaraz po 1-ym napadzie drgawek nieprzytomność, trwająca 3 dni; 4-go dnia ostre pomieszanie przy bardzo silnem podnieceniu ruchowem. Mocz już białka nie zawierał. Stopniowe polepszenie, zamroczenie świado-

mości przeszło, omamów i idei obłędnych nie było. Pozostała amnestyczna afazja, częste wyrażenia parafatyczne, objawy agnostyczne i apraktyczne, zupełna niemożność samoistnego pisania, bezpamięć wstecz co do ciąży i porodu. Polepszenie nastąpiło stopniowo, chora podlegała systematycznym ćwiczeniom pisania, przepisywania, poznawania przedmiotów. Chodzi tu o psychozę rzucawkową, po której pozostały w ciągu dłuższego czasu objawy z ubytku. Zaburzenia pamięci, niezdolność pacjentki w ciągu długiego czasu do najprostszych kojarzeń wskazuje, że zaburzenia były ciężkie, ale nie trwałe, gdyż stopniowo się wyrównały. Utrata pamięci, agrafja, zaburzenia apraktyczne w powyższych rozmiarach, zdaniem autora, nie były dotąd spostrzegane w psychozach tego rodzaju. Rokowanie w tych sprawach jest pomyślne. Zdaniem autora, nie można przyjąć jakiejś swoistej psychozy rzucawkowej, ale może da się wyodrębnić zespół objawów, jako „postać amnestyczna", podobnie jak zespół Korsakowa został wyodrębniony z psychoz na tle zatrucia wyskokowego.

Drugi przypadek dotyczy zaburzeń na tle zatrucia tlenkiem węgla. Dwaj bracia ulegli w tych samych warunkach ciężkiemu zatruciu CO, z tą różnicą iż młodszy pozostawał dłużej pod wpływem trującego gazu. Zewnętrznych uszkodzeń nie było. Stan nieprzytomności trwał około 3 tygodni, częste napady drgawek padaczkowatych, omamy, stany podniecenia. Objawy były prawie jednakowe u obu braci tylko cięższe u młodszego. Późniejszy stan psychiczny: u obu głębokie otępienie, zanik zdolności kojarzenia, daleko idące zaburzenia pamięci, uwagi; czynności apraktyczne, zupełna niemożność samoistnego pisania. Stałość szeregu objawów i przewlekły przebieg przemawiają za tem, że u obu braci doszło do trwałych ubytków.

Autor, na podstawie swoich spostrzeżeń, dochodzi do wniosku, że pewne postaci psychoz na tle urazu i zatrucia, w których zasadniczą rolę grają objawy afatyczne, agnostyczne i apraktyczne, wyodrębniają się wśród innych obrazów klinicznych o tej samej etjologji. Psychozy opisane powyżej są, zdaniem autora, wyrazem ogólnego ciężkiego zaburzenia psychicznego i nie mogą być uważane jako wynik sprawy ogniskowej.

St. Suszczyńska.

ŻURNAŁ NEWROP. I PSYCH. IM. KORSAKOWA
1910 Zes. 2 i 3.

1) MARKEŁOW. Miastenja.

Autor przytacza 5 przypadków myastenji, bardzo dokładnie zbadanych klinicznie. Na zasadzie tych przypadków i piśmiennictwa autor rysuje obraz kliniczny. W wyniku dochodzi do

wniosku, iż myastenję musimy uważać za cierpienie układu nerwowego. Badania ostatnich lat wykazały, że w tej chorobie cierpią nie tylko mięśnie poprzecznie prążkowane, lecz również i mięśnie gładkie, sfera czuciowa, narządy zmysłów, a nawet i sfera umysłowa. Z wyników badań anatomo-patologicznych autor podkreśla obecność nacieczeń drobnokomórkowych, znajdowanych prawie we wszystkich narządach, a między innemi i w układzie nerwowym ośrodkowym. Fakt ten przemawia za ośrodkowem pochodzeniem cierpienia, przyczynę którego autor upatruje w zatruciu, resp. samozatruciu Nazwa „myasthenia" nie odpowiada obecnemu stanowi nauki, autor proponuje termin: asthenocamnia gravis (camno — męczę się).

2) RUDNIEW. Ob epilepsji i awtomatizmie pri niej.

Autor opisuje kazuistyczny przypadek padaczki z długotrwającemi stanami zamroczenia i podaje dokładną analizę stanu umysłowego chorego w takich okresach.

Autor zwraca uwagę na zmiany tętna, ciepłoty, ilości moczu i wagi ciepła, zachodzące nie tylko w czasie, lecz i przed napadem. Na zasadzie danych tych wnioskuje, że napad padaczkowy przygotowywa się zawczasu i może być przewidziany. Autor jest zdania, że padaczka jest pochodzenia toksycznego. Zwraca uwagę na ostatnie badania Karola Ceni, który odkrył we krwi chorych dotkniętych padaczką toksyny, nie znajdujące się we krwi zdrowych osobników.

Bromek sodu działa nie tylko zmniejszając pobudliwość kory mózgowej, lecz pomagając ustrojowi wytwarzać antitoksyny.

3) MINOR. Czisła i nabliudenja iz obłasti alkoholizma.

W obszernej pracy z wieloma tablicami graficznemi autor podaje dane statystyczne zebrane z materjału ambulatoryjnego lecznicy dla alkoholików w Moskwie.

Największy zastęp chorych należał do kategorji drobnych kupców, znacznie więcej było mężczyzn niż kobiet, większość stanowili ludzie żonaci, resp. zamężne; najczęściej chorzy poczynali pić między 15—20 rokiem życia, a zgłaszali się do lecznicy między 35—40 rokiem życia; największa liczba chorych należała do kategorji stale pijących, lub do pijących chwilowo przy sprzyjających okolicznościach, bardzo mało było prawdziwych dipsomanów.

Autor bardzo szczegółowo omawia kwestję leczenia alkoholizmu hypnotyzmem, którym posiłkował się z dobrym wynikiem (bardzo duży procent popraw na krótki 3 — 6 miesięczny przeciąg czasu).

4 RYBAKOW. Naśliedstwiennośt' i alkoholizm.

Zbadawszy statystycznie blizko 2000 przypadków, autor

przychodzi do następujących wniosków. Dziedziczność odgrywa ogromną rolę w rozwoju pijaństwa, co najmniej 88,8% alkoholików jest dziedzicznie obarczonych. Jest bardzo prawdopodobne, że procent obarczenia dziedzicznego niewiele jest niższy 100. Fakt ten bynajmniej nie zmniejsza znaczenia różnych zewnętrznych przyczyn współdziałających rozwojowi pijaństwa.

Wnioski autora: 1) osobniki pijące powinny wystrzegać się poczęcia potomstwa w stanie nietrzeźwym, 2) osobniki dziedzicznie usposobione do pijaństwa powinny zupełnie wstrzymywać się od użycia alkoholu, 3) racjonalna walka z pijaństwem wymaga przedewszystkiem polepszenia socjalno-ekonomicznych warunków kraju.

5) WOSKRESIENSKIJ. K patołogiczeskoj anatomji tuberkulioznawo meningoencefąlita.

Dokładny opis jednego przypadku rozsianego zapalenia opon i mózgowia pochodzenia gruźliczego u dorosłego. Na zasadzie swego przypadku i danych, zaczerpniętych z piśmiennictwa, autor omawia różniczkowe rozpoznanie wspomnianego cierpienia od parażenia postępującego. Na pierwszym planie stoi badanie bakterjologiczne. Dalej, dla gruźliczego zapalenia charakterystycznem jest nacieczenie miękich opon t. zw. makrofagami, nacieczenia około naczyń więcej zbite i częściej podlegające martwicy, niż w parażeniu postępującem, elementy mezodermalne wyraźniej nawadniające istotę mózgową. Makrofagi w gruźliczem zapaleniu zachowują właściwy im okrągły kształt, gdy tymczasem w parażeniu postępującem daleko więcej spotyka się komórek podobnych do pałeczkowych (Stäbchenzellen).

W gruźlicy często proces zapalny przyjmuje charakter krwotoczny, tkanka mózgowa bywa nabita ciałkami krwi.

6) SOKALSKIJ. O mikrokokkie, wydielennom iz krowi i iz liquor cerobrospinalis pri paralysis progressiva.

Autorowi udało się wykryć we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym paralityków pasożyta, przypominającego trypanosomę. Autor barwił preparaty krwi bardzo rozcieńczonym rozczynem Giemsa w ciągu 3 dni, lub azurem. Pasożyt przedstawiał się jako falisty, blady, homogenny twór, bez biczów, jąder i ziarnistości, właściwych trypanosomie. Pasożyty bywają różnej długości i grubości, niekiedy 2—3 razy przenoszą długość czerwonego ciałka krwi. Oprócz tych tworów autor obserwował błyszczące, pojedyńczo lub grupami po kilka leżące ziarna, które uważa za spory. Niekiedy ziarna miały cokolwiek wydłużony kształt, jeden koniec był grubszy (młode, rosnące pasożyty?). Dla badań z płynem mózgowo-rdzeniowym autor używał sposobu Burri z tuszem i z domieszką neutralrothu. Pasożyty posiadały nadzwyczaj żywy ruch. Autor przypuszcza, że pasożyt ten wykryć

będzie można we wszystkich tkankach paralityków; obecność pasożyta objaśnia nam zwyrodniające procesy w różnych narządach takich chorych.

Autor zalicza wykrytego przez siebie pasożyta do rzędu trypanosom. Pasożyt ten, być może, znajduje odpowiedniejsze dla swego rozwoju warunki właśnie w ustrojach osłabionych przez kiłę. Autor zwraca uwagę na niespecyficzność reakcji Wassermana dla syfilisu, a natomiast specyficzność jej dla zachorzeń, wywołanych przez tryponosomy i pokrewne im pasożyty.

Co się zaś tyczy ziarenkowca, którego również autor wykrył we krwi i w mózgu chorych na parażenie postępujące i opisał w poprzedniej pracy, to pasożyt ten chociaż w parażeniu postępującem spotykany bywa bardzo często, lecz w bezpośrednim związku z chorobą nie stoi, a towarzyszy właściwemu pasożytowi, podobnie jak pałeczka Lustgartena i spirochaete pallida, które, według Siegela, towarzyszą tylko prawdziwemu pasożytowi kiły.

7) POŻARSKIJ. K woprosu ob opucholiach spinnowo mozga.

Autor opisuje rzadki przypadek (4-ty z dotychczas opisanych) nowotworu rdzenia, należącego do typu, nazwanego przez Rozenthala „neuroepithelioma gliomatosum microcysticum“. Jako komplikacja była syringomyelja i rozrost tkanki glejowej. Nowotwór składał się z masy kanałów różnej wielkości, wysłanych ependymalnemi cylindrycznemi komórkami. Kanały leżały pośród tkanki obfitującej w jądra, powstałej z tych samych ependymalnych komórek. Autor sądzi, że guz powstał z zabłąkanej zarodkowej tkanki. Oprócz tego autor znalazł w blizkości guza— pęczki włókien nerwowych i uważa je za neuromata vera.

Z. Messing.

ROBERT STIGLER. Ueber den physiologischen Proportionalitätsfaktor, nebst Angabe einer neuen subjektiven Photometriemethode. Zeitschrift f. Sinnesphysiologie. Tom 44. 1910. Str. 62. Tenże: Chronophotische Studien ueber den Umgebungskontrast. Pflügers Archiv f. d. g. Physiologie. Tom 134. 1910. Str. 365.

Praca pierwsza co do czasu i treści poprzedza drugą; najpierw trzeba było na podstawie doświadczeń dojść do przekonania, że czas ekspozycji podniety świetlnej wywiera znaczny wpływ na odpowiadające tej podniecie wrażenie, by potem szczegółowo prześć do badań nad zjawiskami kontrastu, przekonać się, o ile dwie podniety, oddziaływujące na sąsiednie miejsca siatkówki, zależnie od czasu ekspozycji różne wywołują wrażenia. Badania te

rzuciły snop światła na metodę pomiarów fotometrycznych, na praktyczną stronę spostrzeżeń optyczno-fizjologicznych i rozszerzyły wiedzę o podmiotowych zjawiskach kontrastu. Dla dwu ostatnio wymienionych powodów (pomijając zatem część praktyczną fotometrji) zasługują badania Stiglera ze wszech miar na uwagę ze strony psychologji i fizjologji wrażeń wzrokowych i też z tego punktu widzenia będę się starał w dalszym ciągu omówić pokrótce obie — zresztą dość obszerne — rozprawy.

Aby zbadać, czy i w jakim kierunku zmieniają się wrażenia wzrokowe zależnie od czasu trwania podniety, mamy przed sobą tylko dwie drogi, po których dojść można do celu. Albo 1) to-samo miejsce siatkówki oświetlimy światłem fizycznie się niezmieniającem raz dłużej raz krócej, dowolnie a zarazem w sposób ściśle określony regulując czas trwania podniety, albo 2) zmieniając czas trwania podniety (jak powyżej) oświetlimy sąsiednie obręby siatkówki.

Używając pierwszego z tych sposobów z góry musimy przygotować się na to, że wyniki doświadczeń nie będą pewne. Jeżeli bowiem zważymy, że w tym wypadku porównywać musimy dwa wrażenia przedzielone mniejszą lub większą przerwą, i że pamięć wrażeń wzrokowych jest stosunkowo bardzo słaba i z długością przerwy jeszcze maleje, to już dla tych czynników psychologicznych z wielką ostrożnością przyjmiemy osiągnięte rezultaty. Do tego przyłącza się jeszcze czynnik natury fizjologicznej—znany zresztą oddawna,—że pod wpływem podniety stan przystosowania danego miejsca siatkówki i oka ulega daleko idącym zmianom i zwolna tylko powraca do pierwotnego nastroju; tak więc należałoby między czas trwania podniet wstawić długie przerwy, coby pociągało za sobą wprost niemożność porównywania wrażeń, z których pierwsze już zupełnie zblakło w pamięci, kiedy drugie występuje właśnie z największą świeżością.

Jeżeli zaś użyjemy drugiego sposobu, oświetlając sąsiednie obręby siatkówki, to uwzględnić musimy, a) że wrażliwość siatkówki jest w różnych miejscach różna i b) że każdy podrażniony obręb siatkówki wywiera na otaczające go obręby wpływ, uwidoczniający się jaskrawo w zjawiskach kontrastu.

Tę drugą drogę badań słusznie wybrał Stigler. Eksperymentalnie stwierdził, że nawet środkowe obręby siatkówki (fovea centralis) nie posiadają jednostajnej wrażliwości, lecz że — podobnie jak cała siatkówka — górna część wykazuje większą wrażliwość od dolnej. Przy binokularnem patrzeniu jednak różnice te obrębów środkowych schodzą prawie do zera.

Podrażnienie jakiegoś miejsca siatkówki danem światłem zmniejsza pobudliwość sąsiednich obrębów dla tego samego światła; pobudliwość tych obrębów zmniejsza się ze wzrostem natężenia światła i do pewnych granic z długością trwania podniety.

Jeśli więc na miejsce siatkówki a pada promień światła X_1 wywołując wrażenie α, to skutkiem zmiany pobudliwości sąsiedniego miejsca siatkówki b promień $X_2 = X_1$ wywoła (działając na miejsce b) wrażenie β różne od α. Badania, które stwierdzają jakim zmianom ulegają wrażenia wzrokowe, jeśli jedno miejsce siatkówki oświetlimy o drobny przeciąg czasu przed sąsiedniem miejscem i obie podniety równocześnie usuniemy, lub jeśli przyległe pola siatkówki równocześnie — lecz jedno dłużej od drugiego — oświetlimy, nazywa Stigler chronofotycznemi. Wiadomo, że wrażenie nie ginie wraz ze zniknięciem podniety, lecz że nawet — o ile tylko podnieta działała odpowiednio krótki czas — wzrasta jeszcze po zniknięciu podniety do maximum, by potem znowu opaść. Ta część wrażenia, ten obraz, który widzimy podczas działania podniety na siatkówkę, określa autor jako obraz homofotyczny, przeciwstawiając mu obraz metafotyczny t. j. tę część wrażenia, której doznajemy po zniknięciu podniety. Wzajemne oddziaływanie dwóch homofotycznych wrażeń, powstające wówczas, kiedy dwie podniety działają równocześnie na siatkówkę, nazywa autor kontrastem współczesnym albo homofotycznym, i odróżnia od niego kontrast metafotyczny albo metakontrast, zachodzący wówczas, kiedy w chwili powstania obrazu metafotycznego sąsiednie obręby siatkówki pobudza jakaś podnieta świetlna.

Zwróćmy się do zjawisk metakontrastu. Nie wchodząc w szczegóły urządzeń i metody badań Stiglera nad metakontrastem, zwięźle chcę podać główne wyniki doświadczeń, ograniczając się do przytoczenia niezbędnych wyjaśnień. W dalszym ciągu oznaczać będę zawsze przez A to miejsce pola widzenia, które oświetlamy o jakiś ułamek sekundy przed sąsiedniem miejscem B pola widzenia; wszystkie inne miejsca pola widzenia są nieoświetlone, zatem czarne. Miejsca A i B mają w doświadczeniach Stiglera formę pół-elips i stykają się ze sobą tworząc elipsę.

Jeśli pole A oświetlimy przez n. p. 0,05 sek. a po upływie tego czasu natychmiast pole B także przez 0,05 sek., to pole A z chwilą oświetlenia pola B zaciemnia się skutkiem metakontrastu od strony linji stykania się obu pól A i B; w miarę oddalenia się od pola B słabnie to zaciemnienie, tak że wreszcie staje się niedostrzegalne. Tylko na obwodzie pola A pozostaje zawsze jasna smuga światła. Jeśli pole A zwiększymy, tak że będzie ono znacznie większe od przestrzeni zaciemnionej dzięki metakontrastowi, to ta jasna smuga światła także się zwiększy. Jeśli zaś pole A uczynimy mniejszem od tej ciemnej przestrzeni metakontrastu, to z góry moglibyśmy przypuścić, że całe pole stanie się ciemniejszem. Doświadczenie jednak wykazuje, że tak

nie jest, lecz że przeciwnie jasna smuga światła staje się widoczna. To zjawisko można sobie łatwo wytłomaczyć, jeżeli przyjmiemy, że czarne tło (otaczające, jak wiemy, pole A) wywiera na obwód miejsca A wpływ rozjaśniający; przyjmujemy zatem, że miejsce siatkówki, któremu odpowiada w polu widzenia miejsce nieoświetlone (czarne), działa na sąsiednie miejsca siatkówki przeciwniczo, tak jakgdyby — obrazowo mówiąc — te miejsca pobudzała podnieta barwy białej (die aktive Weissinduktion Heringa).

Jeżeli zaś oświetlimy kolejno bezpośrednio po sobie oba pola przez 0,15 sek., to zjawiska kontrastu wystąpią w sposób analogiczny jak w powyższym wypadku, dołączy się jednak to zjawisko, że pole B podmiotowo będzie ciemniejszem od A. Musimy to sobie w ten sposób wytłomaczyć, że odpowiadająca polu A oświetlona część siatkówki wywiera na otoczenie wpływ hamujący, zniża wrażliwość otoczenia, tak, że podnieta działająca teraz na miejsca o źniżonej wrażliwości wywołuje efekt słabszy. Z doświadczeń wynika, że już bardzo krótko na dane miejsce siatkówki działające podniety (n. p. działające przez 0,0024 sek.) sprawiają, że wrażliwość otoczenia staje się mniejszą. Co się tyczy stosunku, w jakim natężenie i czas oświetlenia pola A musi stać do natężenia i czasu oświetlenia pola B, by zjawiska metakontrastu wystąpiły korzystnie, należy powiedzieć:

1) Im większe jest natężenie światła pola B, tem mniejszy może być czas jego ekspozycji, by pole A ukazało obraz metakontrastu. Im większe jest natężenie światła pola A w stosunku do pola B, tem mniejszy może być czas jego ekspozycji potrzebny do tego, by na polu B, o słabszem natężeniu światła i krócej oświetlonem, powstać mógł obraz metakontrastu.

2) Im większe jest natężenie światła obu pól, tem wyraźniej przy tem mniejszym czasie ekspozycji występuje metakontrast.

Dotychczas rozpatrywaliśmy wypadki, w których pole B ukazywało się po dokonanem oświetleniu pola A. Nasuwa się dalej pytanie, co się stanie z metakontrastem, jeżeli oba pola oświetlimy równocześnie przez część czasu ich trwania; jeżeli n. p. pole A oświetlimy przez 0,064 sek., pole A i B równocześnie przez 0,064 sek., a dalej samo pole B przez 0,064 sek. W tym wypadku pole A naprzód silnie się rozjaśnia, by w chwili ekspozycji pola B ukazać znane nam zjawiska metakontrastu; pole B zaś wydaje się znacznie ciemniejszem niż pole A, ponieważ pobudliwość miejsca siatkówki odpowiadającego miejscu B pola widzenia — jak wiemy — zmniejsza się, jeżeli w sąsiedztwie działa podnieta świetlna (pole A). Analogiczne zjawiska otrzymamy, jeżeli A i B oświetlimy równocześnie przez 0,096 sek., a potem pole B przez 0,184 sek.

Na podstawie tych doświadczeń możemy wnioskować, że metakontrast jest niezależny od równoczesnego oświetlenia obu pól A i B, gdyż (jak widzieliśmy) zachodzi także wówczas, gdy tej równoczesnej ekspozycji brak. Możemy zatem streścić w sposób następujący wynik dotychczasowych badań: ilekroć jedna podnieta świetlna przewyższa drugą siłą natężenia i czasem ekspozycji, występuje zjawisko metakontrastu (oczywiście muszą być spełnione i inne niezbędne warunki).

Przechodząc do ostatniego punktu badań Stiglera zadamy sobie pytanie: jaki wpływ wywiera na stosunek względnej jasności obu pól A i B różnica czasowa ich ekspozycji w wypadku, że oba pola równocześnie znikają. Wiemy już, że pole A oświetlone o drobny ułamek sekundy przed polem B wydaje się jaśniejszem. Najmniejszą różnicę czasu ekspozycji, wywołującą ten efekt, nazywamy progiem różnicy czasowej (zeitliche Unterschiedsschwelle).

Do tego by jakaś podnieta świetlna wywołała możliwie najsilniejsze wrażenie konieczne jest, żeby podnieta działała przez odpowiednio długi czas (Maximalzeit); jeżeli podnieta działa jeszcze dłużej, w takim razie wrażenie stopniowo słabnie*). Żeby z dwóch takich wrażeń, powstających na skutek kolejnego oświetlenia sąsiednich miejsc siatkówki (A i B) ponad maksymalny czas, wrażenie pierwsze było silniejsze (mimo stopniowego słabnięcia) od drugiego, trzeba pola A oświetlić przed polem B o pewien czas. Najkrótszy czas, potrzebny do wywołania tego efektu nazywamy czasowym progiem kontrastu (zeitliche Kontrastschwelle). Jeśli zaś pole A oświetlimy przed polem B o czas dłuższy od czasowego progu kontrastu, to pole A wyda nam się ciemniejsze od pola B; a najmniejszą różnicę czasową w oświetleniu pól A i B, która powoduje zaciemnienie pola A, nazwiemy czasową szerokością kontrastu (zeitliche Kontrastbreite).

Próg różnicy czasowej, czasowy próg kontrastu i szerokość czasowa kontrastu są tem mniejsze, im większe jest natężenie światła pól A i B**).

Pisząc to sprawozdanie z badań Stiglera bynajmniej nie siliłem się na podanie wszystkich zagadnień i faktów, które obie rozprawy poruszają; n. p. — nie chcąc wejść na inne tory — pominąłem ciekawą sprawę umiejscowienia zjawisk kontrastu. Starałem się natomiast podać logiczny wątek myśli — nie zaw-

---

*) Ueber den phys. Proportionalitätsf. Str. 117.

**) Chronophotische Studien. Str. 435.

sze snujący się jednolicie przez obie rozprawy — w przekonaniu, że w ten sposób najlepiej i najdobitniej zwrócę uwagę na dziedzinę zjawisk metafotycznych i metakontrastu, stosunkowo łatwo dostępną dla eksperymentu, dopuszczającą różnorodne odmiany metody badań i rokującą obfite plony. Że Stigler pierwszy w tym kierunku rozpoczął pracę, w tem widzę jego główną i wielką zasługę.

Stefan Błachowski (Getynga).

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZ. LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

POSIEDZENIA NEUROLOGICZNO-PSYCHJATRYCZNE.

POSIEDZENIE D. 29 PAŹDZIERNIKA 1910 r.

I. H. HIGIER wygłosił rzecz p. t. stany pokrewne nowotworom mózgu, móżdżku i rdzenia.

H. opierając się na danych z nowszego piśmiennictwa neurologicznego i na własnych spostrzeżeniach, omawia bliżej wszystkie te sprawy, które najczęściej dają powód do pomyłek djagnostycznych, naśladując w rozwoju i przebiegu dosyć umiejętnie nowotwory układu ośrodkowego:

1) Choroby przewlekłe opon mózgu, móżdżku i rdzenia:

a. degeneracyjne (pachymeningitis hypertrophica spinalis sup. et inf., haematoma durae, pachymeningitis non haemorrhagica);

b. zapalne ropne i jałowe (pachymeningitis chron. purulenta et non purulenta);

c. zapalne—wysiękowe (meningitis serosa cerebralis, cerebellaris, spinalis circumscripta s. hydromeninx congenita, leptomeningitis serosa diffusa s. hydrocephalia chron.) torbiele wrodzone, nabyte, pasorzytnicze i t. p., pseudotumores (Nonne), obrzmienie mózgu (Reichardt).

d. nowotworowe.

2) Choroby przewlekłe rozmiękczeniowe (zakrzepy liczne w blednicy, encephalomalacia chron.-progressiva senilis).

3) Choroby organiczne wewnątrzpochodne (gliosis, sclerosis multiplex, paralysis progressiva).

4) Cerebropatje i myelopatje egzotoksyczne (saturnismus, alcoholismus) i endotoksyczne (toxaemiae chron., mocznica przewlekła i t. p.)

5) Choroby czynnościowe (histerja, neurastenja, padaczka).

W dyskusji Hejman zaznacza, że ropnie podoponowe (epiduralne) zwykle nie dają obrazu klinicznego ropnia mózgu, że ropień mózgu cechuje brak gorączki, a nie nasilenia jej, że brodawkę zastoinową znajdują

w 30% przypadków ropni, i że meningitis serosa towarzyszy sprawom ropnym w błędniku.

Koelichen zaznacza, że najczęstszą przyczyną umiejscowionego zapalenia surowiczego opon mózgowych i rdzeniowych bywają sprawy kostne, chociaż opisywano i samodzielne powstawanie takich miejscowych spraw zapalnych w oponach. Wrodzone uchyłki opon, które dopiero w późniejszym okresie życia dają objawy nowotworu mózgu lub rdzenia stanowią raczej curiosum anatomiczne i kliniczne. Co się tyczy jednostronnego wodogłowia nabytego to stanowi ono sprawę wtórną, powstałą na tle zmian wybitnych w mózgu lub oponach i nie może być uzależniane od surowiczego zapalenia opon mózgowych.

Sterling zwraca uwagę, jak zwodnicze są niektóre dane różniczkowo-rozpoznawcze podane przez prelegenta. Rozszczepienie czuciowe nie może zasadniczo przemawiać za sprawą wewnątrzrdzeniową, gdyż pomijając przypadki nowotworów zewnątrzrdzeniowych, dających typowe dysocjacje czuciowe — rozszczepienie to spotykamy dość często w spondylitis tuberculosa; Alquier wyodrębnił nawet specjalną postać tego cierpienia pod nazwą: „mal de Potte à forme syringomyelique". Również typ akromegalji lub t. zw. dystrophiae adiposo-genitalis nie może przemawiać za rozpoznaniem nowotworu przysadki, a przeciwko meningitis serosa, gdyż Goldstein świeżo opisał 4 przypadki dystrophiae adiposogenitalis w przebiegu typowego zapalenia opon mózgowych surowiczego. Wreszcie na dowód, że t. zw. czaszka stożkowata („Turmschädel") nie może przemawiać zasadniczo przeciwko nowotworowi mózgu a na korzyść wodogłowia, przytacza S. własny przypadek t. zw. „Turmschädel" z zaburzeniami psychicznemi, w którym za życia rozpoznawano wodogłowie, a w którym po śmierci okazał się nowotwór mózgu.

Flatau uważa sprawę, poruszaną przez referenta za ważną ze względu na trudności rozpoznawcze i na terapję. F. zwraca uwagę, że gdy rozpoznanie myelitis chronica zarzucamy, to przeciwnie zwracamy się za przykładem Horsley'a częściej do rozpoznania meningitis spinalis chronica. Sprawa ksantochromji płynu mózgo-rdzeniowego należy jeszcze do niewyjaśnionych.

Higier odpowiada Heimanowi, że dotychczas jeszcze obowiązuje w semjotyce prawidło, że ropień mózgowy daje tu i owdzie nasilenie ciepłoty, a zapalenie ropne opon ograniczone lub rozlane daje ten objaw często. Koelichenowi przypomina, że o jednostronnem wodogłowiu i jednostronnem obrzmieniu mózgu wspomina piśmiennictwo lekarskie z ostatnich lat kilku. Co rozumieć należy pod pierwotnem a co pod wtórnem wodogłowiem, trudno zrozumieć. Płyn, w nadmiarze zbierający się, może być zależny od sprawy organicznej zapalnej, ogólnej lub ograniczonej, albo też od sprawy naczynioruchowej opon na wzór Quinckego oedema acutum cutis angioneuroticum. Torbiel, o ile nie jest wrodzonym uchyłkiem (hydromeninx), jest zależną od sprawy miejscowej, nabytej czasem od pobliskiej sprawy kostnej (arachnitis adhaesiva circumscripta). Przypadki, wspo-

mniane przez Sterlinga nowotworów zewnątrzoponowych z rozszczepieniem czucia bólowo-ciepłotnego, uważać należy za wyjątki, potwierdzające prawidło; zresztą rozszczepienie to mogło już być objawem, wywołanym przez ucisk guza na boczną część rdzenia. Przy biopsji rozpoznać można obecność guza po tem, że opona jest sina, napięta i nie tętni.

St. Kopczyński.

POSIEDZENIE D. 19 LISTOPADA 1910 r.

1. Wurcelman.
   a) Przypadek nowotworu kąta mostowo-móżdżkowego.
   b) Przypadek nowotworu podstawy czaszki.
2. Rzętkowski. Pokaz preparatu plexus chorioidei, pochodzącego od chorej, zmarłej na meningitis serosa.
3. Krukowski. Przypadek polyarthritidis deformantis u dziecka.
4. Bychowski. W sprawie wskazania do zabiegu operacyjnego u chorego z padaczką Jackson'a.
5. Jaroszyński. Przypadek podwójnej atetozy u dziecka.
6. Koelichen.
   a) Przypadek operowanego nowotworu kości krzyżowej.
   b) Nowotwór kostny podstawy czaszki, przebiegający pod postacią guza kątu mostowo-móżdżkowego (pokaz preparatu).
7. Sterling. Przypadek zaniewidzenia na tle stwardnienia rozsianego.
8. Flatau. Ksantochromia płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadku nowotworu ogona końskiego.

I. WURCELMAN przedstawił:

a) przypadek nowotworu kąta mostowo-móżdżkowego.

Chora lat 36, zapisała się na oddział D-ra Bregmana 10.X.910. Przed pół r. w 8-ym mies. ciąży poczuła osłabienie kończyn dolnych, następnie wystąpiły bóle głowy, nudności i wymioty. Poród i okres popołogowy przebyła normalnie. Po połogu wystąpiło podwójne widzenie, w 2 — 3 mies. później osłabienie kończyn górnych, głównie prawej. Od 6 tyg. pogorszenie mowy, w ostatnich czasach parestezje na lewej połowie twarzy, kłucie w ustach i niesmak. Od 2 lat szum i dzwonienie w pr. uchu z następczą utratą słuchu. Od początku choroby zaburzenia w oddawaniu moczu. Ból głowy stały, głównie w czole. Do przymiotu nie przyznaje się. Urazu nie było. Brak obarczenia dziedzicznego.

Badanie przedmiotowe: obustronne zapalenie n. wzrokowego na l. oku większe; brak odruchu z rogówki i łącznicy pr. oka; osłabienie czucia w obrębie 2 i 3 gałązki n. trójdzielnego, osłabienie smaku na przed-

niej pr. połowie języka; drżenie gałek ocznych we wszystkich kierunkach; lekki niedowład pr. VI i dol. gałązki pr. VII; głuchota pr. ucha; mowa skandowana. Kończyny prawe słabsze niż lewe, przy próbach występuje lekki bezład; chód móżdżkowo-bezładny, pada na pr. stronę; odruchy ścięgnowe po stronie prawej silniejsze; psychika normalna; tętno 100—120, VOD = 0,6; VOS = 0,8. Wasserman ujemny. Dwukrotne leczenie swoiste bez skutku. Ze względu na objawy ogólnomózgowe, obustr. zapalenie n. wzrokowego i objawy móżdżkowe należy przypuścić sprawę uciskową w tylnej jamie czaszkowej, najprawdopodobniej nowotwór. Porażenie nerwów słuchowego, trójdzielnego i twarzowego po stronie prawej przemawia za nowotworem kąta mostowo-móżdżkowego. Na szczególną uwagę zasługują parestezje w lewej połowie twarzy, które obecnie najwięcej dokuczają chorej i zjawiły się w ostatnich czasach; powstały one prawdopodobnie wskutek przesunięcia mostu powodującego ucisk przeciwległego n. trójdzielnego.

b) przypadek rozsianych nowotworów nerwów mózgowych.

Chora, lat 38, zapisała się na oddział d-ra Bregmana d. 11.IX.910. Skarży się na parestezje lewej połowy twarzy i głowy z przodu, utratę słuchu na lewem uchu. Zawrotów, bólów głowy, wymiotów niema.

Badanie przedmiotowe: po stronie lewej objawy następujące — zniesienie węchu i smaku, ślepota, plamka na rogówce po keratit. neuroparal.; brak oddziaływania źrenicy, opadnięcie powieki i unieruchomienie gałki ocznej, porażenie n. trójdzielnego oraz twarzowego z odczynem zwyrodnienia, zupełna utrata słuchu. Atrophia simpl. prawej tarczy. Pewna trudność poruszania językiem na lewo. Brak objawów opuszkowych. T. 72. Brak zaburzeń ruchowych, czuciowych i odruchowych ze strony kończyn. Chód normalny, bezładu niema.

Wywiady: choroba trwa 2 lata, w początku choroby dostrzeżono bolesny guzik nad l. okiem, który następnie znikł, wkrótce zjawiły się silne bóle i zawroty głowy, objawy psychiczne trwające kilka tygodni, następnie w krótkim czasie stopniowo zjawiły się przytoczone objawy zapalne. Przymiot chora neguje; gruźlicy, chorób nerwowych w rodzinie chorej niema; chora sama była przedtem zdrową. Wasserman ujemny.

Zbiór objawów powyższych wskazuje w danym przypadku na zajęcie licznych nerwów mózgowych na podstawie czaszki, przeważnie po stronie lewej. Zaburzenia te mogłyby być spowodowane przez rozlaną przewlekłą sprawę zapalną oponową na podstawie mózgu (gruźliczą, przymiotową) albo nowotworową. Brak odpowiednich danych w wywiadach, objawów ogólnomózgowych, brak zmian w innych narządach, wynik próby Wassermana i leczenia swoistego przemawia przeciw przymiotowi a także gruźlicy. Brak również pierwotnego ogniska, charłactwa, ogólnych objawów mózgowych i oponowych, powolny rozwój choroby, dobrotliwy jej charakter przemawia przeciw rozlanej sprawie nowotworowej opon mózgowych (carcinomatosis, sarcomatosis diffusa mening.). Pra-

wdopodobnie więc mamy do czynienia z oddzielnymi nowotworami nerwów mózgowych w postaci rozsianych mięsaków lub co jeszcze prawdopodobniejsze nerwo-włókniaków (neurofibromatosis).

(Streścił mówca).

Bregman przypuszcza sprawę nowotworową, która zajęła najpierw wszystkie niemal nerwy mózgowe po lewej stronie, a obecnie przechodzi także na stronę prawą: zanik n. wzrokowego, zmniejszenie słuchu na prawem uchu, zmniejszenie odruchu rogówkowego. Ucisk n. wzrokowego na podstawie mózgu sprowadza częściej prosty zanik nerwu (atrophia simplex), niż tarczę zastoinową.

Kopczyński St. podaje możliwość w danym przypadku nacieczenia nowotworowego nerwów na podstawie czaszki i powołuje się na własny analogiczny przypadek, którego preparat był w swoim czasie przedstawiony w sekcji.

Bychowski wobec nielicznych objawów ogólnomózgowych podejrzewa raczej sprawę oponową na podstawie czaszki.

II. RZĘTKOWSKI K. Pokaz preparatu plexus chorioidei, pochodzącego od chorej, zmarłej na meningitis serosa.

Chora Józefa Kw., lat 39, służąca, wstąpiła na oddział Rz. w Szpitalu Wolskim d. 14.IX.1910. Od kilku tygodni skarży się na bardzo silne bóle i zawroty głowy oraz wymioty b. częste. Przy chodzeniu zatacza się i upada. Od czasu do czasu widzi podwójnie. Przed 3-ma laty chorowała w podobny sposób, lecz nie tak ciężko; przebywała wówczas w szpitalu przez 6 tygodni i wypisała się z poprawą. Rodziła raz jeden: dziecko zdrowe, żyje. Nie roniła. Nie kaszle, krwią nigdy nie pluła. Stałe zatwardzenie nawykowe.

Stan obecny chorej przedstawia się jak następuje: Chora b. silnie wychudzona. Z ust czuć zapach acetonu, skóra sucha, łuszcząca się. Nie gorączkuje. Tętno 58—54, małe, równe. W narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego nie stwierdzamy. Przy kręceniu głową i zginaniu szyji uczuwa się nieznaczną sztywność karku; objawu Kerniga niema. Źrenice szerokie; żadnego odczynu nie ujawniają. Mięśnie twarzy działają prawidłowo; ze strony kończyn żadnych objawów ruchowych nienormalnych nie stwierdzono; odruchy kolanowe i Achillesa prawidłowe, objawu Babińskiego niema. W czuciu zmian żadnych. Bezładu w pozycji leżącej niema. Stoi chora z trudnością; objaw Romberga wybitny; chodzić zupełnie nie może: przy chodzeniu chora przewraca się to w tę to w drugą stronę. Badanie dna oka (własne i przez d-ra Szwarca) dokonane trzykrotnie, po raz ostatni dnia 7.XI na kilkanaście godzin przed śmiercią nic nieprawidłowego nie wykrywa. W moczu białka i cukru niema. Nakłucie lędźwiowe wykonane d. 15.IX dało kilkanaście ctm. sześc. przezroczystego, bezbarwnego płynu, wyciekającego kroplami, nie zawierającego żadnych elementów morfotycznych. Nakłucie to pozostało bez żadnego wpływu na

stan chorej. Pod datą 4.IX stwierdzamy znaczne wychudnięcie, uporczywe wymioty i b. silne bóle głowy. Źrenice równomiernie szerokie, nie oddziaływają. Odruchy kolanowe i stopowe normalne, brzuszne — żywe. Chora przy staniu przewraca się więcej na lewą stronę. Po badaniu dostała drgawek (głównie w praw. kończynie górnej) i straciła na czas jakiś przytomność. Odczyn Wassermanna ujemny. W moczu nic nieprawidłowego. Aż do śmierci, która nastąpiła d. 8 XI o godz. 7 rano stan chorej był bez zmiany. Rozpoznano na razie meningitis serosa, wobec zaś braku tarczy zastoinowej, braku wpływu dodatniego nakłucia na stan chorej zmieniono rozpoznanie to na tumor cerebri o umiejscowieniu nieokreślonem, być może gdzieś w okolicy jąder nerwu okoruchowego na dnie komory III.

Sekcja dokonana d. 9.XI wykazała co następuje: narządy wewnętrzne prawidłowe, po otwarciu jamy czaszkowej uderza silnę napięcie opony twardej. Powierzchnia mózgu nieco spłaszczona. Podczas odseparowywania mózgu od podstawy czaszki w okolicy lejka (infundibulum) do jamy czaszkowej wylało się około 200 ctm. sześc. bezbarwnego płynu mózgowo-rdzeniowego. Komory silnie rozszerzone. Sploty naczyniówki (plexus chorioidei) nabrzmiałe, naczynia ich wężykowate, rozszerzone. Na splotach tych sporo pęcherzyków, podobnych do b. drobnych pęcherzy bąblowca, powstałych skutkiem najwidoczniej mocno wzmożonego wydzielania się cieczy mózgowo-rdzeniowej do jam komór mózgowych. Po za tem nic nieprawidłowego w mózgu nigdzie nie stwierdzamy. Rz. pokazuje obecnym te sploty, zachowane w roztworze fizjologicznym soli kuchennej — dla zachowania pęcherzyków wielkości do połowy ziarnka grochu — z dodatkiem formaliny.

Zdaniem Rz. przypadek omawiany ważny jest z 2 względów:

1) jest to przypadek typowego zapalenia opon surowiczego, który przebiegał bez tarczy zastoinowej, skutkiem czego spowodował wahania w rozpoznaniu, może być więc zaliczony do kategorji „pseudotumor cerebri“; 2) zmiany na splotach naczyniówki wykazują niezbite dowody nadmiernego wysięku płynu z naczyń splotów do jam mózgu, rzucają przeto światło na patogenezę surowiczego „zapalenia“ opon, jako cierpienia spowodowanego dysproporcją pomiędzy wysiąkaniem płynu z splotów a wydalaniem się jego z komór mózgowych. Być może przeto, że jest to pierwotne cierpienie splotów naczyniówki.

(Streścił mówca).

F l a t a u wspomina o ważności niewyjaśnionych dotąd pod względem fizjologicznym splotów naczyniowych; być może część ich składową stanowią gruczoły, wytwarzające ciecz.

H i g i e r zwraca uwagę, że Q u i n c k e już przed kilkunastu laty dowodził, że pewna rzadsza postać ostrego wodogłowia zależy od zmian naczynioruchowych w p l e x u s c h o r i o i d e i. Analogję do tej postaci stanowią o e d e m a a c u t u m a n g i o n e u r o t i c u m c u t i s, okresowe wysięki stawowe, g a s t r o s u c c o r r h o e a p a r o x y s m a l i s i t. p. Że

plexus chorioidei stanowi odmianę gruczołu o sekrecji wewnętrznej wypowiadano w ostatnich czasach niejednokrotnie. Na międzynarodowym Zjeździe fizjologów, odbytym we wrześniu r. b. prof. Halliburnton z Londynu referował o doświadczeniach swoich nad plexus chorioidei, z których wynika, że wyciąg jego, do żył wstrzyknięty, wywołuje bardzo obfity wysięk płynu mózgowo-rdzeniowego w komorach.

III. KRUKOWSKI przedstawia przypadek polyarthritidis deformantis u 9-io letniego dziecka.

Cierpienie rozpoczęło się 5 lat temu od bólu i obrzmienia prawego kolana. Potem zostały dotknięte i inne stawy zwłaszcza w kończynach górnych, a najwięcej lewy staw łokciowy; ruchy w tych stawach stopniowo ulegały ograniczeniu. Od 2-ch lat zajęte są również stawy paliczkowe kończyn górnych oraz stawy biodrowe. Zimą oraz przy złej pogodzie bóle się wzmagają. Od półtora roku dziecko nie może chodzić. Ciepłota ciała była normalna.

W pierwszych latach dziecko rozwijało się normalnie. W pierwszym roku życia ropotok z ucha. U jednego brata (5-go rodzeństwa zmarło we wczesnem dzieciństwie) stwierdziliśmy zanik mięśni łopatkowych w okresie początkowym. Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: ruchy czynne w stawach barkowych zachowane; w prawym stawie łokciowym, w stawach międzypaliczkowych i napięstku ograniczone; w lewym stawie łokciowym zniesione (ankylosis). Ruchy bierne w tych stawach również ograniczone, nie bolesne. Lewy staw łokciowy zniekształcony zgrubiały. Ruchy czynne i bierne w stawach międzypaliczkowych ograniczone. W stawach biodrowych i kolanowych zarówno bierne jak i czynne ruchy są bardzo ograniczone, w skokowych i palcowych normalne.

Stawy kolanowe zniekształcone, zgrubiałe, ruchy bierne w nich niebolesne, w stawach biodrowych bardzo bolesne. Górna szczęka wystaje po nad dolną, co nadaje twarzy wyraz ptasi. Uzębienie nieprawidłowe. Ruchy głową nie bolesne. Układ mięśniowy słabo rozwinięty; zanik mięśni przedramion, kłębu palucha, małego palca i międzykostnych. Klatka piersiowa dobrze rozwinięta.

Co się tyczy rozpoznania, to przewlekły bezgorączkowy rozwój cierpienia, stopniowe zajęcie stawów ze zniekształceniem ich przemawia za cierpieniem stawów zniekształcającem. Przeciw krzywicy przemawia brak charakterystycznych zniekształceń kości, zajęcie samych stawów a nie nasadowych końców kości w postaci zgrubień, brak właściwych zmian w czaszce i w klatce piersiowej.

Gruźlicę stawów należy odrzucić ze względu na to, że po tak długiem trwaniu cierpienia (prawy staw kolanowy jest dotknięty 5 lat) obraz kliniczny byłby znacznie cięższy, zmiany w stawach głębsze w postaci ropienia i przetok. Rentgenogramy (d-r Judt) potwierdziły powyższe rozpoznanie. Obok początkowych zmian w stawach międzypaliczkowych widzimy duże zmiany w stawach kolanowych, a szczególniej w lewym łok-

ciowym, w którym na skutek zniekształcenia nastąpiło zwichnięcie kości promieniowej.

(Streścił mówca).

P e c h k r a n c nie wyłączyłby bezwzględnie gruźliczego zajęcia stawów w danym przypadku, również godnem jest zaznaczenia, że na tle hypotyreoidyzmu występują podobne objawy stawowe, które leczą się dobrze tyreoidyną.

F l a t a u podnosi ważność rentgenoskopji w podobnych przypadkach, ostrzega przed leczeniem termicznem, które często przyśpiesza występowanie objawów gruźliczych.

IV. BYCHOWSKI przedstawia 9-letnią dziewczynkę dotkniętą p a d a c z k ą o t y p i e J a c k s o n a.

Dziecko dotychczas zdrowe, dostało w 7 r. życia nagle napadu wymiotów i utraty przytomności, trwającego kilka godzin — bez drgawek. Po kilku miesiącach po raz pierwszy wystąpił napad drgawek. Napady drgawek ponawiały się z początku co kilka tygodni, później coraz częściej, ostatnio chora miewa je kilka razy dziennie. Według słów matki drgawki zaczynają się zawsze od rączki prawej, następnie rozprzestrzeniają się na prawą połowę twarzy i prawą nogę. W ostatnim czasie zdarzyło się kilka razy, że i lewa połowa ciała zaczęła drgać, lecz później i słabiej niż prawa. Występowanie napadów nie poprzedzają zwiastuny. Towarzyszy im zawsze zupełna utrata przytomności.

Chorą B. badał po raz pierwszy w czerwcu r. b. i wtedy żadnych objawów ogniskowych nie był w stanie stwierdzić. W listopadzie B. widział chorą ponownie i dowiedział się, iż we wrześniu po jednym z napadów wystąpiło osłabienie prawej rączki i prawej nóżki a wkrótce potem nieustające, mimowolne ruchy w rączce prawej. Napady — pomimo stałego przyjmowania około 2,0 bromu dziennie — stały się coraz częstsze — 6—8 razy dziennie.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Dziecko pod względem umysłowym dobrze rozwinięte, bawi się i pragnie się uczyć. Wyraźny niedowład dolnej gałązki prawego n. twarzowego. Kończyny prawe w stanie kurczowo-niedowładowym. Bezład. Odruchy ścięgnowe żywe. Odruchy brzuszne i podeszwowe po stronie prawej słabsze. Brak objawu Babińskiego. Odczyn Wassermana we krwi ujemny.

B. rozpoznaje w danym przypadku padaczkę objawową o typie Jacksona. Powodująca objaw ten sprawa anatomo-patologiczna rozwija się, zdaniem B., bardzo powierzchownie w korze mózgowej lub nawet oponach (meningo-encephalitis, arachnoiditis). Przypuszczenie to B. opiera na stwierdzonym u chorej braku objawu Babińskiego; B. przekonał się, że przy połowiczych porażeniach pochodzenia mózgowego objawu Babińskiego niema wtedy, jeżeli sprawa anatomo-patologiczna odbywa się powierzchownie w korze lub nad korą. Etjologja sprawy w danym przypadku

jest zupełnie ciemna. B. przypuszcza poronną postać zapalenia mózgu, która jako taka została przeoczoną. B. powołuje się na opisane przypadki poronnych postaci porażeń dziecęcych pochodzenia rdzeniowego, które przebiegają prawie bez objawów zwiastunnych (paralysis in the morning).

Przypadek przedstawiony nadaje się, zdaniem B., do interwencji chirurgicznej. Ze względu na obawę uszkodzenia ośrodków mowy przy dokonywaniu operacji na lewej półkuli B. radzi dokonać tylko trepanacji samej — co już dodatnio nieraz wpływa na przebieg padaczki — po stronie prawej, a o ile by ten zabieg nie dał wyniku dodatniego, przystąpić do trepanacji po stronie lewej.

F l a t a u, podnosząc praktyczną ważność podobnego przypadku, zaleciłby powstrzymanie się na razie od zabiegu operacyjnego, a to z tego względu, że nie możemy tu wyłączyć cierpienia jądrów szarych (ruchy stałe, brak objawu Babińskiego), a nie kory mózgowej. Również nie można bezwzględnie wyłączyć połowiczej m e n i n g i t i d i s s e r o s a e v e n t r i c u l o r u m.

K o p c z y ń s k i jako jeden z punktów przeciw istnieniu w danym przypadku zapalenia mózgu w dzieciństwie podaje brak w danym przypadku mańkuctwa; uważa za właściwe powstrzymanie się od zabiegu operacyjnego wobec łatwości uszkodzenia ośrodka mowy.

H i g i e r nie pojmuje, dlaczego w przypadku padaczki Jacksona z niedowładem i drżeniem stałem przedmówcy wobec braku etjologji zakaźnej i początku ostrego przypuszczają tak rzadkie sprawy, jak jednostronny wysięk komór mózgowych, ograniczone zapalenie opony pajęczej i t. p. nie biorąc pod uwagę możliwości nowotworu dobrotliwego. Co do umiejscowienia trudno obecnie wypowiedzieć się ostatecznie, bardziej prawdopodobnem jest siedlisko podkorowe, ewentualnie w bliskości wzgórka wzrokowego lub jądra czerwonego. Wskazanie do operacji radykalnej narazie jest nie wielkie, do trepanacji dekompresyjnej żadne.

S t e r l i n g sądzi, że przedstawiony przypadek bezwzględnie zaliczyć należy do padaczki objawowej, nie zaś istotnej. Przemawia zatem po za Jackson'owskim typem drgawek, który sam przez się nie jest rozstrzygający, obecność ruchów pląsawiczo-atetotycznych, które zawsze są nieomylnym znakiem przebytej organicznej sprawy mózgowia. Sama istota sprawy w niniejszym przypadku jest zupełnie ciemna przeciwko pojmowaniu jej jako następstwo przebytego zapalenia mózgowia przemawia brak odpowiednich danych w wywiadach, niepodobna zaś zaliczyć jej do wyodrębnionej przez Freud'a kategorji t. zw. „Cerebrale Kinderlähmung ohne Lähmung", gdyż nawet obecne pozostałości tej sprawy powodują objawy ruchowe, nie mógł więc i sam proces rozgrywać się w obrębie t. zw. „niemych ognisk" („s t u m m e H e r d e" N e u r a t h'a). Zabieg operacyjny przeciwskazany tu jest nie tylko ze względu na niewyjaśnioną naturę choroby i na bliskość ośrodka mowy ale i ze względu na fakt, że bynajmniej nie istnieje gwarancja, że blizna pooperacyjna tkanki mózgowej będzie mniejszem podrażnieniem, aniżeli obecnie istniejące ognisko.

V. JAROSZYŃSKI przedstawia przypadek podwójnej atetozy u dziecka.

Dziewczynka l. 5, pochodzi z rodziny zdrowej. Matka, ojciec zdrowi, 1 dziecko umarło na nerki, pozostałych 8-ro zdrowe zupełnie. Matka, będąc z nią w ciąży (2 mies.) przelękła się bomby.

Od urodzenia się nie była zdrowa, nie umiała dobrze ssać; po paru miesiącach matka zauważyła, że zaczyna ją „prężyć“, mianowicie wykręcać kończynami w różnych kierunkach. Mówić zaczęła w 3 roku, mówi wogóle z trudnością — tylko oddzielne wyrazy, nie składając z nich zdań. Nie chodzi wcale, ani nie czołga się. „Prężenie“ bywa jednakowo w dzień i w nocy; mało co sypia, gdyż ciągle ją bolesne kurcze budzą; od przestrachu kurcze te wzmagają się.

Badania przedm. We wszystkich czterech kończynach oraz w mięśniach szyjowych widać mimowolne ruchy, polegające na ustawicznem kurczeniu się rozmaitych mięśni, głównie zginaczy w stawach łokciowych, kolanowych, stopowych, piąstkowych i w palcach. Całe ciało znajduje się w ustawicznem „spasmus mobilis“, przyczem ruchy o charakterze atetocznym, umiejscowione jednak nie tylko w palcach, są częstsze i bardziej wyraźne po stronie prawej. W żadną rękę nic ująć ani utrzymać nie może. Charakter ruchów: są one złożone, skoordynowane, mimowolne, polegają na zginaniu, rozginaniu, odwodzeniu i przywodzeniu w palcach i kończynach, przyczem ruchy mięśniowe są wykonywane ze znaczną siłą.

Uderzającem jest podczas badania, że ruchy kurczowe wzmagają się bardzo wyraźnie przy chęci wykonania ruchów biernych u dziecka, które poniekąd się przeciwstawia przy chęci poruszania jego kończynami (rodzaj wzmożonej odruchowości wyższej, t. j. automatycznej). Wyraźna reakcja słuchowo-ruchowa (akustisch-motorische Reaktion) Oppenheim'a: przy krzyknięciu przestrasza się łatwo i ruchy wzmagają się. Odczyn ten wielu autorów opisywało przy porażeniach obustronnych dziecięcych.

Zmiany w odruchach: ścięgnowe po stronie prawej żywsze, Babiński po stronie prawej (?). Dno oka bez zmian. Wszelkie rodzaje czucia zachowane. Inteligencja bez zmian wyraźnych.

Mamy do czynienia z atetozą podwójną (athetose double), którą większość badaczy (Skaw, Ohlmont, Brissaud) uważa za cierpienie samoistne i wyodrębnione od diplegji mózgowej. Związek tych cierpień jest jednak niewątpliwy, jak to wykazuje obecny przypadek. Zajęcie jąder czerwonych, wzgl. wzgórków wzrokowych tłomaczyć łatwo może wzmożenie odruchowości złożonej (automatycznej), odczyn słuchowo-ruchowy Oppenheim'a oraz powstanie ruchów atetocznych.

(Streścił mówca).

Kopczyński zaznacza prawidłowe zachowanie się psychiki u dziecka, co również każe przypuszczać raczej podkorowe a mianowicie od zwojów szarych idące podrażnienia, warunkujące atetozę.

VI. KOELICHEN przedstawił a) chorego C. lat 25, który 2 l. temu zaczął doznawać bólów w okolicy lewego pośladka, z początku tylko przy nachylaniu się, następnie stawały się one coraz trwalsze i intensywniejsze, przytem przeszły na całą lewą kończynę dolną wzdłuż jej tylnej powierzchni. W parę miesięcy po wystąpieniu bólów chory zaczął doznawać trudności przy oddawaniu moczu i zauważył wyraźne osłabienie naprężenia prącia. W ostatnich czasach bóle w pośladku męczyły chorego bezustannie, był to rodzaj palenia i rwania, jak określa sam chory, przytem najlżejsze nawet dotknięcie bolesnej okolicy potęgowało niezmiernie ból. Przy badaniu na wiosnę r. b. stwierdzono u chorego brak lewego odruchu ze ścięgna Achillesa oraz osłabienie wszystkich rodzajów czucia na lewym pośladku w okolicy odbytu, w obrębie unerwianym przez dolne korzenie krzyżowe. Rozpoznano wówczas u chorego nowotwór drążący do kanału kości krzyżowej i radzono mu poddać się operacji. Chory jednak wyjechał jeszcze na kurację do Ciechocinka. Kuracja ta nie wywarła żadnego wpływu na podmiotowe skargi chorego, jednakże objawy somatyczne uległy w przeciągu kilku miesięcy znacznej zmianie. Mianowicie przy badaniu chorego na jesieni stwierdzono powrót lewego odruchu ze ścięgna Achillesa i powrót czucia na lewym pośladku w miejscach poprzednio znieczulonych. Jako jedyny objaw organicznego cierpienia stwierdzono przy tem powtórnem badaniu brak po lewej stronie odruchu pośladkowego i odbytowego, przy żywym bardzo odruchu po stronie prawej. Przytem kol. Czarkowski stwierdził u chorego wygórowanie i wrzekome chełbotanie w okolicy lewego spojenia krzyżowo-miednicowego. Na chorym dokonał kol. Czarkowski operacji, przy której stwierdził nowotwór (chondrosarcoma) kości krzyżowej drążący przez otwory krzyżowe do kanału kości krzyżowej i uciskający na korzenie n. krzyżowych. Nowotwór ten w postaci miękkiej rozpadającej się masy usunięto w miarę możności. Obecnie chory skarg żadnych nie wypowiada, bóle ustały zupełnie, natomiast przy badaniu po za brakiem odruchu pośladkowego i z odbytu na lewej stronie daje się stwierdzić na lewym pośladku znieczulenie w obrębie unerwienia dolnych korzeni krzyżowych.

b) czaszkę i mózg, pochodzące od chorego, który za życia zdradzał wszystkie typowe objawy nowotworu kąta móżdżkowo-mostowego. Mianowicie porażenie wszystkich gałązek prawego n. twarzowego, zniesienie słuchu na prawej stronie, osłabienie prawego odruchu rogówkowego, bóle głowy i wymioty, obustronną brodawkę zastoinową, zaburzenia równowagi przy staniu i chodzeniu o typie móżdżkowym i osłabienie prawych kończyn bez wzmożenia odruchów i bez objawu Babińskiego. Pod koniec życia przyłączyło się do tych objawów porażenie prawego n. odwodzącego. Chory w ostatnich paru tygodniach życia gorączkował, przytem z prawego ucha pojawiło się obfite ropienie, po którem bóle głowy zmniejszyły się. Zdawało się więc przez pewien czas, że chodzi tu o ropień umiejscowiony w kącie móżdżkowo-mostowym. Na sekcji znaleziono nowotwór kości podstawy czaszki, który zniszczył całą kość klinową wraz z siodłem, cały clivus Blumenbachi i przeszedł z obu stron na kości skroniowe, przyczem

z prawej strony na tylnej powierzchni kości skroniowej nowotwór wystawał do jamy czaszkowej w kształcie ograniczonego guza w miejscu odpowiadającem kątowi móżdżkowo-mostowemu.

(Streścił mówca).

Bregman spostrzegał podobny przypadek. Podczas operacji jednak nie udało się nowotworu wyłuszczyć. Oględziny pośmiertne wykazały nowotwór (mięsak), który zajmował kąt mostowo-móżdżkowy a rozprzestrzeniał się ku przodowi do średniej jamy czaszkowej i dalej do dołu klinowo-skroniowego i do jamy Highmora.

VII. STERLING przedstawił przypadek amaurozy w przebiegu stwardnienia wieloogniskowego.

Chora 36-letnia mężatka przed kilkunastu laty przechodziła tyfus brzuszny. Z 7 ciąży urodziła do czasu tylko dwoje dzieci, które żyją dotychczas i rozwijają się dobrze; dwoje dzieci urodziła martwe, a dwa razy poroniła (w 5-ym i 7-ym miesiącu); 5 miesięcy temu urodziła do czasu dziecko dobrze rozwinięte, które żyło tylko jeden dzień. Już dwa lata temu (po przedostatniem poronieniu) dostała nagle gwałtownego zawrotu głowy; od tego czasu zaczęły okresowo występować bóle głowy z wymiotami, które trwały cały dzień, podczas którego musiała leżeć i wrażliwą była na bodźce świetlne i dźwiękowe. 4 miesiące temu wzmogły się zawroty głowy, wystąpiło uczucie „zamącenie w głowie“, zaś bóle głowy straciły swój okresowy charakter i stały się prawie nieustanne i bardzo dokuczliwe. 10 tygodni temu nad wieczorem nagle zrobiło się chorej niedobrze, zakręciło się jej w głowie i straciła przytomność. Stan zupełnej nieprzytomności trwał około 6 godzin (od 6 do 12-ej w nocy) wraz z nietrzymaniem moczu i kału, niemożnością łykania płynów wlewanych do ust, bez drgawek i bez przekrzywienia ust, potem zaczęła łykać płyny, ale przytomność powróciła dopiero następnego dnia; wtedy też zauważono, że lewa kończyna górna jest zupełnie bezwładna, zaś prawa osłabiona i niezręczna. Tegoż samego dnia zauważono, że chora absolutnie nic nie widzi. W przeciągu kilku następnych dni ruchy prawej kończyny górnej powróciły do normy, zaś lewa kończyna górna poprawiła się o tyle, że zaczęła nią wykonywać bardzo nieznaczne i ograniczone ruchy we wszystkich stawach. Kończyny dolne podobno zupełnie nie były porażone. Po tygodniu podobno zaczęła rozpoznawać kontury przedmiotów zbliżonych do oczu i w tym stanie 2 miesiące temu zapisała się do szpitala.

Stwierdzono wtedy przy normalnej ciepłocie, normalnym wyniku badania narządów wewnętrznych, nieznacznej rozlanej bolesności czaszki przy opukiwaniu: rozszerzenie ad maximum obu źrenic, które zupełnie nie oddziaływały ani na światło ani na nastawianie, bardzo nieznaczne zbaczanie języka na prawo przy wysuwaniu. Mowa była drżąca, powolna, zahaczająca się, zaburzenia jej przeważnie o charakterze artykulacyjnym przypominały najbardziej słabsze postaci bezwładu postępującego lub porażenia opuszkowego wrzekomego; od czasu do czasu występowało

dość wyraźne falowanie i drganie mięśni otaczających usta. Badanie wziernikiem wykryło wtedy tarcze normalne. Widzenie: chora rozpoznawała wtedy tylko kontury przedmiotów zbliżonych tuż do samego oka. Siła ruchowa zmniejszona tylko w lewej kończynie górnej — głównie w dłoni — występowała przytem pewna niezręczność i trudność w dokonywaniu poszczególnych ruchów — zwłaszcza subtelniejszych. Odruchy z mięśnia trójgłowego i z okostny promienia obustronnie były żywe, tož samo z ścięgien Achillesa i kolanowe bez wyraźnej różnicy pomiędzy prawą a lewą stroną, odruchy brzuszne były zniesione, brak objawu Babińskiego.

Pod względem psychicznym głębokich zmian nie stwierdzono: chora dawała jasne i treściwe odpowiedzi na wszystkie zapytania dotyczące jej bytu; na pytania bardziej złożone lub też wykraczające po za zakres jej zwykłych codziennych czynności przeważnie nie dawała odpowiedzi, robiła omyłki, gubiła się łatwo. Naogół zmiany psychiczne można było określić jako bardzo zwężony zakres myślenia i trudność uskuteczniania kombinacji myślowych wykraczających po za zakres życia codziennego, nieudolność asocjacji bardziej oddalonych lub bardziej abstrakcyjnych, po za tem brak inicjatywy, stan bierności psychicznej z bardzo lekkim odcieniem depresyjnym.

Podczas gdy zaznaczone powyżej zmiany mowy, osłabienie lewej kończyny górnej oraz zmiany inteligencji podczas dwumiesięcznego pobytu chorej w szpitalu nie uległy żadnej zmianie, siła wzroku uległa szybkiej poprawie, tak że już po 10-dniowym pobycie na oddziale chora na odległości 15 kroków rozpoznawała drobne przedmioty i ilość palców dłoni; co najważniejsza zaś, że powróciła reakcja źrenic. Badanie oftalmoskopowe wykryło wtedy nieznaczne zmiany, które przez kol. Popławską określone zostały jako neuritis optica. W przebiegu następnego miesiąca stan wzroku o tyle się poprawił, że siła wzroku na obu oczach wynosiła 5/15. Wreszcie przed tygodniem dokonane badanie pola widzenia wykryło kompletną hemianopsję lewostronną na wszystkie kolory, pozatem zaś zwężenie prawej połowy pola widzenia na kolor czerwony i zielony; na dnie oka nie stwierdzono wtedy już żadnych zmian (kol. Endelman). Dodać należy, że nakłucie lędźwiowe nie wykryło w płynie mózgowo-rdzeniowym ani białka (t. zw. faza I Nonne'go wypadła ujemnie) ani limfocytozy, również dwukrotnie dokonana reakcja Wassermana we krwi wypadla ujemnie.

Rozpoznanie w przypadku niniejszym nie należy do łatwych, postawić je można tylko z pewnym stopniem prawdopodobieństwa. Przypuszczenie porażenia postępującego dla wielu względów a przedewszystkiem z powodu wystąpienia ślepoty, która dla cierpienia tego jest objawem niezwykłym, należy zarzucić.

Również trudno zatrzymać się w przypadku niniejszym na rozpoznaniu przymiotu mózgu (i to jedynie postaci naczyniowej). Przeciwko temu rozpoznaniu przemawia oprócz dwukrotnego ujemnego wyniku re-

akcji Wassermana we krwi brak reakcji Nonne'go oraz limfocytozy w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Zupełnie nagły początek sprawy z utratą przytomności i następczem porażeniem kończyn każe się liczyć z przypuszczeniem, czy nie mamy tu do czynienia z udarem apoplektycznym (wylewem krwi do mózgu). Nasuwa się wtedy pytanie, w jakiej okolicy mózgu szukać należy ogniska krwotocznego. Wylew krwi do jednego zrazu potylicznego nie obejmie zaniewidzenia obustronnego, gdyż trudno jest wyobrazić sobie tak rozległe oddziaływanie jednej półkuli na drugą; gdyby wyobrazić sobie zupełnie przypadkową zbieżność lokalizacyjną w postaci równoczesnego wylewu w obu zrazach potylicznych — to i ten fakt nie wyjaśniłby nam ani nieruchomości źrenic na światło i nastawianie, ani objawów ze strony kończyn.

Jeżeli natomiast wyobrazić sobie ognisko krwotoczne u podstawy czaszki na terytorjum ograniczonem z boków przez obie szypułki mózgowe (p e d u n c u l i c e r e b r i), zaś z przodu przez skrzyżowanie n. wzrokowych, wtedy główny przynajmniej zespół objawów klinicznych może znaleźć wytłomaczenie: można przypuścić wtedy, że ognisko tak jest umiejscowione, że bezpośrednio dotyka prawej szypułki i prawego pasma wzrokowego — stąd trwałe osłabienie lewej kończyny górnej i lewostronne niedowidzenie. Natomiast przemijające objawy ze strony lewej szypułki i lewego pasma wzrokowego należy tłomaczyć sobie jako objawy pośredniego tylko zajęcia tych okolic — bądź jako obrzęk tkanki, bądź jako objawy t. zw. diaschisis w sensie Monakow'a. Przy takiem pojmowaniu sprawy należałoby początkową ślepotę traktować jako wyraz zsumowania się prawostronnego i lewostronnego niedowidzenia naskutek bezpośredniego zajęcia prawego i pośredniego zajęcia lewego pasma wzrokowego. Za umiejscowieniem powyższem przemawia jeszcze jeden objaw kliniczny, a mianowicie ważny i rzadki fakt, że zajęte były wyłącznie kończyny górne, zaś kończyny dolne nawet bezpośrednio po napadzie wykazywały normalną sprawność ruchową. Ten fakt oszczędzenia kończyn dolnych przez udar wskazuje na pes pedunculi jako na jedyną możliwą tu lokalizację — wiadomo jest bowiem z nowszych badań anatomicznych (F l a t a u a, D é j e r i n e'a, P r o b s t'a), że w pes pedunculi włókna piramidowe dla rozmaitych części ciała nie są skupione, lecz że najbardziej przyśrodkowo przebiegają włókna dla mięśni głowy i kończyn górnych; przypuszczalna zaś lokalizacja ogniska mogła dotknąć wyłącznie właśnie przyśrodkowe odcinki nóżki mózgowej i szlaki wzrokowe, oszczędzając przytem nerwy okoruchowe.

O ile więc naszkicowa powyżej lokalizacja wyjaśniałaby najgłówniejsze objawy kliniczne, o tyle ani charakter samego ogniska jako krwotocznego ani umiejscowienie jego jako wyłączne — nie wyczerpuje całkowitego obrazu klinicznego. Nie wyczerpuje go przedewszystkiem dla tego, że już w okresie znacznej poprawy sprawy chorobowej spostrzegaliśmy przy badaniu wziernikiem przemijające zapalenie nerwów wzrokowych — fakt, który już sam przez się wyłącza przypuszczenie krwotoku, jako przyczyny choroby, nie wyczerpuje go zaś jeszcze dla tego, że tłomacząc główne

objawy — nie wyjaśnia nam powstawania objawów dodatkowych: jak drżącej, dyzartrycznej mowy oraz zaburzeń inteligencji. Obstając więc za przyjęciem głównego ogniska na podstawie czaszki w okolicy skrzyżowania n. wzrokowych nie możemy wyłączyć i innych ognisk pomniejszych w mózgu i w opuszce. Jeżeli zadać sobie pytanie, czy istnieje sprawa chorobowa, która rozpocząć się może w sposób apoplektyczny, dawać zaburzenia mowy pośrednie pomiędzy porażeniem wrzekomo opuszkowem a postępującem, przemijającą amaurozę i przemijające zapalenie nerwów wzrokowych, przemijające porażenia i niezbyt głębokie zmiany inteligencji — to odpowiedź wypaść tu musi jednobrzmiąco, że tem cierpieniem może być tylko stwardnienie wieloogniskowe. Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę na skutek wielkiej rzadkości amaurozy w przebiegu stwardnienia rozsianego (według Uthoff'a w 1% przypadków); zaś hemianopsja pomimo częstego umiejscowienia ognisk w paśmie wzrokowem jest objawem dla tego cierpienia tak niezwykłym, że nie zdołaliśmy odnaleźć ani w odpowiednim piśmiennictwie ani w monografjach Uthoff'a, Wilbrandt'a i Sänger'a ani jednego analogicznego przypadku.

(Streścił mówca).

Flatau przyjąłby raczej jedno ognisko, leżące bliżej tractus opticus. Przeciw zajęciu płatów potylicznych przemawia zniesienie odruchów źrenicznych, neuritis optica, zaburzenia mowy. Przeciw krwotokowi zdaje się przemawiać i brak krwi w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Goldflam twierdzi przeciwnie, że jednem ogniskiem wszystkich objawów wytłomaczyć się nie da: zaburzenia mowy, zmiany w inteligencji, zaburzenia wzroku i t. p. przemawiają za licznemi ogniskami, najprędzej za stwardnieniem wieloogniskowem.

Higier przypuszcza przymiot mózgu i zaleca leczenie swoiste.

Endelman na podstawie objawów ocznych, spostrzeganych u chorej, stanowczo musi odrzucić rozpoznanie stwardnienia wieloogniskowego. Z objawów ocznych przy chorobach układu nerwowego zaledwie niewiele posiada rzetelną wartość dla lokalizacji cierpienia. Należy też objawy te cenić i w odpowiednich przypadkach z nich korzystać. Jednym z takich objawów jest hemianopsja, która wskazuje na zajęcie torów wzrokowych, poczynając od skrzyżowania nerw. wzrok. aż do ośrodków korowych. Istnienie niedowidzenia połowiczego u chorej przedstawionej wespół z objawami, jakie kol. Sterling u niej stwierdził, może wytłómaczyć jedynie ognisko, jakie kol. S. uważa za prawdopodobne (podstawa czaszki u odnogi mózgowej). Natomiast przy stwardnieniu rozsianem hemianopsji dotychczas nigdy nie spostrzegano, aczkolwiek objawy oczne przy scler. multiplex należą do rzędu względnie dokładnie zbadanych i znanych.

Bornstein zaznacza, że wraz z Sterlingiem obserwował od początku samego chorą i od początku też najtrudniejszą rzeczą było zdanie sobie sprawy z objawów ocznych. Gdyby przypuścić tu stwardnienie wieloogniskowe, należałoby mniemać, że powstały nagle dwa

ogniska stwardnienia w jednym i drugim paśmie wzrokowem lub w ostatecznym razie jedno w okolicy skrzyżowania n. wzrokowych; dlaczegóżby w takim razie miała powrócić reakcja źrenic na światło oraz znakomita poprawa wzroku; czyżby ogniska te miały zniknąć? Objaśnienie dane przez kol. Sterlinga również nie tłomaczy w dostatecznej mierze owych objawów ze strony oczu, a co najważniejsza nie tłomaczy zaburzeń mowy, które trwają dotąd. Zarówno rozpoznanie samo, jak i umiejscowienie cierpienia jest niezmiernie trudne.

Sterling w odpowiedzi zaznacza, że bynajmniej nie wyłącza innych drobnych ognisk po za głównem ogniskiem na podstawie czaszki, twierdzi tylko, że przyjęcie tego ogniska jest konieczne ze względu na porażenie wyłącznie kończyn górnych i hemianopsję. Taż sama hemianopsja przemawia przeciwko uzależnianiu początkowej amaurozy od neuritis retrobulbaris. Przeciwko zajęciu zrazów potylicznych przemawia brak oddziaływania źrenic, który istniał na początku choroby, a przeciwko przymiotowi brak reakcji Wassermana we krwi i limfocytozy w płynie mózgo-rdzeniowym.

VIII. E. FLATAU wygłosił rzecz p. t. O ksantochromji oraz otworzeniu się zgęstka włóknikowego w płynie mózgowo-rdzeniowym.

W ostatnich czasach zwracano coraz częściej uwagę na zabarwienie żółtawe (cytrynowe, złotawe) w płynie mózgowo-rdzeniowym, głównie w nowotworach dolnej części kanału kręgowego oraz w sprawach zapalnych opon (również w dolnych okolicach rdzenia). F. przytacza przypadek nowotworu złośliwego u 40-letniego mężczyzny, u którego dokonano przed 5 miesiącami operacji przepukliny mosznowej. Wkrótce po operacji chory zauważył guz twardy w górnej części blizny pooperacyjnej. Powstały bóle w lewym udzie, goleni, oraz parestezje w l. stopie. Prawie jednocześnie osłabła lewa kończyna dolna, wystąpiły zaburzenia w oddawaniu moczu i kału. Na 4 tygodnie przed zapisaniem się na oddział szpitalny wystąpił nagły obrzęk całej lewej kończyny dolnej. Ostatnio wybitne osłabienie lewej nogi, bóle stałe głównie wzdłuż tylnej jej powierzchni. Status: Rozsiane guzy w tkance podskórnej na tułowiu (z przodu i z tyłu). Badanie przez odbytnicę wykazało masy nowotworowe. Wybitne osłabienie całej lewej kończyny dolnej i nieznaczne osłabienie prawej. Odruch rzepkowy prawy żywy, lewy słaby. Brak odruchu Achilles'a obustronnie, również znikły odruchy podeszwowe oraz mosznowe. Brzuszne bardzo żywe. Znieczulenie moszny oraz krocza wraz z przylegającą okolicą ud. W dalszym przebiegu osłabła i obrzękła również prawa kończyna dolna i rozwinęło się stopniowo porażenie zupełne obu kończyn dolnych przy bardzo żywych odruchach rzepkowych i braku odruchów ze ścięgna Achilles'a.

Otóż w przypadku tym płyn mózgowo-rdzeniowy wykazał żółte zabarwienie koloru złota lub cytryny. Płyn ten był zupełnie przezroczysty. Po kilkunastu minutach wytworzył się worek szarawy, przypominający swym wyglądem kapsułkę olejku rycynowego. Przy wstrząsaniu wo-

rek ten falował i przypominał wtedy meduzę morską. Woreczek ten wykazywał od strony powierzchni płynu węższą szyjkę i kończył się prawie u dna próbówki. (Badanie tego woreczka wykazało pod drobnowidzem budowę włóknika). Zgęstek ten doskonale się przechowuje w prob ówce przez cały szereg dni (nieco się kurczy), ściąga on przytem cały barwnik, tak że płyn staje się zupełnie klarowny już dnia następnego.

Badanie chemiczne wykazało zwiększoną ilość chlorków i bardzo mało białka. Limfocytów zupełnie nie stwierdzono. Badanie chemiczne płynu nie stwierdziło barwnika krwi.

Przy dalszych próbach z płynem okazało się, że o ile podczas przekłucia uszkodzono naczynia krwionośne i płyn zawierał nieco krwi, zgęstek tworzył się bardzo szybko, tak że czasem cały płyn krzepł w probówce jak galareta.

U tego samego chorego dokonano ukłucia na obrzękłej stopie i płyn zebrano do 2 probówek, z których jedna zawierała nieco krwi, druga zaś tylko ciecz przesiękową. Otóż w pierwszej tworzył się zawsze zgęstek podobny do zgęstka w liquor cer. spinalis. Ciecz przesiękowa, nie zawierającą krwi, nie tężała. Ta sama próba dokonana z płynem, pochodzącym od chorego z przypuszczalnem stwardnieniem rozsianem nie dała zgęstka nawet po dodaniu krwi.

Prelegent nie uważa całej tej sprawy za dostatecznie wyjaśnioną, posiada ona jednak niewątpliwie duże znaczenie teoretyczne.

Dopiero badania dalsze wykażą jej znaczenie rozpoznawcze (np. dla nowotworów ogona końskiego.

(Streścił mówca).

Sekretarz St. Kopczyński.

LISTY Z LONDYNU.

II.

Od roku 1893 założono w okolicy Londynu cztery wielkie szpitale dla umysłowo chorych: w r. 1893 Claybury Asylum na 2500 chorych, w r. 1898 w Bexley na 2160 chorych, w r. 1902 w Horton w Epsom na 2100 chorych i w r. 1907 drugi szpital w Epsom — Long Growe Asylum na 1800 chorych. W r. 1896 założono w Claybury Asylum pracownię do badań naukowych, mającą obsługiwać wszystkie te szpitale; dyrektorem pracowni tej mianowano F. W. Motta i w krótkim przeciągu czasu Claybury Asylum stało się ośrodkiem ściągającem wielu młodych neurologów i psychiatrów.

Claybury Asylum zbudowane jest przy stacji kolejowej Woodford Bridge—około 18 mil angielskich od Londynu i zajmuje przestrzeń 250 akrów; oprócz obszernych sal dla chorych (jest także duża sala balowa i sala teatralna) są tu budynki dla lekarzy, maszynistów, służby i t. d.; słowem „asylum" robi wrażenie małego miasta zamieszkałego przez blisko 5000 mieszkańców. Pracownia znajduje się w osobnym budynku i składa się z pomieszczeń — do badań chemicznych, mikroskopowych, do badań chorych, do fotografji (dla makro i mikrofotografji), bibljoteki, czytelni, gabinetu dyrektora pracowni i pokojów dla asystentów. Korytarz łączy pracownię z osobnym domkiem sekcyjnym; sala sekcyjna dobrze oświetlona i dobrze wentylowana, tak że pomimo bardzo częstych sekcji powietrze jest stale czyste; ciała wszystkich chorych, którzy umierają w tym asylum obowiązkowo muszą podlegać oględzinom pośmiertnym; liczba sekcji rocznie wynosi średnio przeszło 200; badanie pośmiertne jest kompletne t. j. należy wykonać sekcję ogólną i specjalnie układu nerwowego; zaznaczyć należy, że do książki sekcyjnej wnoszą nie tylko dane otrzymane przy badaniu pośmiertnem, lecz także i opis historji choroby, tak iż w razie potrzeby pracownicy w laboratorjum mogą porównywać rezultaty swych badań z danemi klinicznemi, nie szukając kart szpitalnych. W pracowni, pomimo stosunkowo dość znacznego oddalenia od Londynu (na drogę do asylu traci się przeszło godzinę czasu), wykonywana jest duża ilość prac; większość tych prac ogłoszaną jest w Archives of neurology from the pathological laboratory of the London County Asylums, wydawanych przez Motta; archiwum wychodzi

w nieregularnych odstępach, mniej więcej co 2 lata i zawiera każdorazowo kilkanaście prac, wykonanych bądź przez Motta, bądź pod jego kierunkiem. Ponieważ asylum nie ma prawa dokonywania wiwisekcji, prace eksperymentalne Mott wykonywa w pracowni fizjologicznej w King's College, prowadzonej przez prof. Halliburtona.

Kilkoma zagadnieniami z dziedziny neurologji i psychjatrji zajmuje się Mott od kilku lat i pomimo, że w Claybury Asylum opracowują i inne tematy, jednak dodają do tych paru zasadniczych zagadnień stale coraz nowsze przyczynki; z pośród tych zagadnień najbardziej interesuje się Mott kwestją dziedziczności w chorobach nerwowych i umysłowych, sprawą wpływu alkoholu i syfilisu na powstawanie chorób umysłowych i nerwowych oraz badaniami chemicznemi układu nerwowego ośrodkowego. Ponieważ badania swoje przeprowadza na bardzo bogatym materjale klinicznym i patologicznym i dochodzi w niektórych kwestjach (np. w sprawie alkoholizmu) do odmiennych wniosków niż np. autorzy niemieccy, ciekawem będzie zapoznanie się z jego zapatrywaniami.

Jako współczynnik przy powstawaniu chorób umysłowych alkohol gra rolę dość znaczną, ponieważ w blisko $^1/_4$ wszystkich chorych mężczyzn w Claybury Asylum alkohol był pośrednią lub bezpośrednią przyczyną choroby; alkohol powoduje również zaburzenia psychiczne, występujące przy zapaleniu nerwów rozsianem, spotykane znacznie cząściej u kobiet niż u mężczyzn (stosunek chorych kobiet do mężczyzn 7 : 1); tego rodzaju objawy choroby umysłowej zjawiają się często zwłaszcza w okresie klimakterycznym. Mała nawet ilość alkoholu działa bardzo podniecająco na chorych dotkniętych zwapnieniem naczyń, przewlekłem cierpieniem nerek, organicznem cierpieniem mózgu — zwłaszcza zaś syfilisem lub paraliżem postępującym. Mała również ilość alkoholu może z spokojnego umysłowo chorego zrobić gwałtownego burzyciela, a specjalnie niebezpiecznym jest alkohol dla epileptyków i głuptaków, wywołując napady i czyniąc ich nieodpowiedzialnymi, bardzo niebezpiecznymi dla innych i dla nich samych.

Wogóle alkohol używany dla przyjemności przez ludzi dobrze odżywianych jest bez wątpienia mniej szkodliwy, niż alkohol używany przez osoby źle odżywiane z rozpaczy i w nieszczęściu lub przez osobniki neuro i psychopatyczne.

Możnaby przypuszczać, opierając się na statystykach towarzystw antialkoholicznych, że jeżeli by nie było alkoholu, to możeby nie było i chorób umysłowych; zdaniem Motta, niema absolutnie danych na to, że wtedy zmniejszyłaby się liczba chorych umysłowych do tego stopnia, jak przypuszczają entuzjaści-antialkoholicy.

Znanym jest fakt, że umysłowo upośledzeni często podle-

gają gruźlicy, co jest okolicznością dodatnią, ponieważ w ten sposób rasa oczyszcza się i pozbawia się ujemnych typów; głuptacy i idjoci są bardzo często bezpłodni, co również przyczynia się do wymierania zwyrodniałego rodu; niejednokrotnie jednak ród zwyrodniały posiada jednostki umysłowo nierozwinięte, dające życie potomstwu najczęściej niestety pod względem umysłowym upośledzonemu. W potomstwie, spłodzonym przez umysłowo niedostatecznie rozwiniętą matkę od ojca pijaka daleko częściej spotyka się obłąkanych, niż w potomstwie, rodzicami którego byli alkoholicy, ale dobrze rozwinięci umysłowo.

Ciekawemi są dane, dotyczące marskości wątroby i zwapnienia naczyń t. j. tych cierpień, których rozwój alkohol, jak wiadomo, w znacznym stopniu przyśpiesza. Otóż z pośród chorych w zakładzie dla umysłowo chorych tylko nieznaczny odsetek cierpi na marskość wątroby (na 1271 sekcji — 23 przypadki marskości wątroby), gdy natomiast w szpitalu ogólnym (Charing Cross Hospital) odsetek jest znacznie większy (na 1099 sekcji—85). Co się zaś tyczy zwapnienia naczyć, to u chorych umysłowo występuje ono znacznie później, niż u ludzi umysłowo normalnych (średnio dopiero powyżej 60 lat). Ztąd wniosek wyprowadzić można, że umysłowo chorzy używają tak nieznaczną ilość alkoholu, albo też przez tak krótki przeciąg czasu, że aczkolwiek wystarczało to na skierowanie ich do zakładu dla obłąkanych, nie wywołało jednak zmian w narządach wewnętrznych, inaczej mówiąc umysłowo zdrowi mogą używać alkohol w znacznie większej ilości niż umysłowo chorzy bez szkody dla umysłu.

Ważnym jest także następujący fakt statystyczny: na 781 chorych szpitala ogólnego u 128 (21,3%) alkohol był pośrednią lub bezpośrednią przyczyną choroby, w asylum zaś alkohol jako przyczyna choroby występuje średnio w 25% t. j. odsetek jest wyższy bardzo nieznacznie. Mott wyciąga z tego ten wniosek, że chociaż alkohol, jako czynnik rozwoju chorób umysłowych, jest bardzo szkodliwy dla epileptyków, umysłowo nierozwiniętych, głuptaków, idjotów, neuropatów i psychopatów, to jednak jest on o wiele mniej szkodliwy dla ludzi umysłowo zdrowych. Na pytanie—czy naturalny napój alkoholowy—jak piwo, czyste wino lub jabłecznik, używany w ilości umiarkowanej podczas spożywania pokarmów, ma być uważany jako trucizna dla normalnego zdrowego osobnika — Mott odpowiada — nie; w rozmowie prywatnej wyraził się, że gdyby prawdą było to, co piszą i mówią zwolennicy abstynencji, to prawie wszyscy lordowie angielcy byli by ludźmi umysłowo chorymi, bo niemal każdy z nich używa dziennie co najmniej butelkę szampańskiego wina do obiadu.

Oczywiście nie da się zaprzeczyć, że istnieje cały szereg chorób, których główną, a czasami jedyną przyczyną jest stałe

nadużywanie alkoholu, do tych należą — psychoza Korsakowa *), delirium tremens, dementia alkoholica i in.

Kwestja wpływu alkoholizmu na choroby umysłowe jest ściśle związana ze sprawą dziedziczności w chorobach umysłowych; w ostatnich kilku latach sprawą dziedziczności Mott sam się zajmuje, a także bada odpowiedni materjał z innych asylów londyńskich. Wyniki swoich badań Mott streścił w odczycie na otwarcie roku szkolnego w Charing Cross Hospital w październiku r. b. a następnie w szerszym zakresie w odczycie dla członków „Sociaty for national eugenies" **). Pragnę zwrócić uwagę tylko na następujące cyfry statystyczne, wyjaśniające stosunek dziedziczenia chorób umysłowych: na 1834 przyp. choroby umysłowej w 854 rodzinach, 2 razy można było stwierdzić chorobę umysłową u 6 członków jednej rodziny, 3 razy u 5, 12 razy u 4, 85 razy u 3 i wreszcie 752 u dwóch członków tej samej rodziny; zaznaczyć przy tem należy, że u tych ostatnich t. j. kiedy na chorobę umysłową cierpią tylko dwaj członkowie jednej rodziny w znacznej większości przypadków dziedziczenie jest w prostej linji, nie bocznej. Drugi ważny fakt jaki zauważył Mott, polega na tem, iż znacznie częściej przechodzi choroba z rodziców na potomków przez stronę kobiecą; tak więc ojciec i syn chorowali w 44 przypadkach, matka i syn — 51, ojciec i córka — 58, matka i córka — 104 t. j. razem było chorych 197 mężczyzn, a 317 kobiet. Jeżeli przedstawić stosunek ten w odsetkach, to okazuje się, iż przez matki dziedziczą potomkowie chorobę umysłową w 60,7%, przez ojców tylko w 39,3%. Również i choroba umysłowa w rodzeństwie częściej się zdarza u dwóch sióstr, niż u dwóch braci (dwie siostry chore w 130 przyp., dwaj bracia—87 przyp.). Przy dziedziczeniu choroby umysłowej z linji pobocznej przenosicielami choroby są również częściej kobiety niż mężczyźni (odsetek jest mniej więcej taki sam). Co się tyczy tego, jakie choroby umysłowe najczęściej spotykają się u członków tej samej rodziny, to na podstawie materjału swego M. przypuszcza, że najczęstszą jest psychoza maniakalno-

*) Kwestji tej poświęcona została specjalna obszerna praca Aschersona (z pracowni Motta) p. t. On some aspects of the mental state in alcoholisin with special reference to Korsakow's disease. Archives of neurology t. III.

**) Towarzystwo to zostało założone przed paru laty przez Sir Franis Galton'a i ma na celu wykazanie czynników, które mogą poprawić rasowe właściwości przyszłych pokoleń bądź pod względem fizycznym bądź też umysłowym. Jednem z głównych zadań pracowni „for national eugenies" w University College są właśnie badania nad dziedzicznością.

depresyjna, a następnie otępienie wczesne, a także głupowatość (imbecilitas).

Przechodząc do opisu badań nad chemicznym składem mózgów przedewszystkiem muszę zwrócić uwagę na badania przypadków choroby Tay-Sachsa, czyli amaurotic dementia. Przypadków sekcyjnych tej choroby miał Mott — 6, z tych dwa pierwsze zostały opisane już w roku 1907, pozostałe mają być opisane nie zadługo; w każdym razie wyniki badań tych czterech przypadków mało się podobno różnią od wyników poprzednich — opisanych w pracy zamieszczonej w Archives of Neurology 1907; wobec tego postaram się streścić rezultaty według tego artykułu oraz podług informacji otrzymanych od Motta. Przedewszystkiem co się tyczy zmian histologicznych, to zasadniczym objawem jest stopniowe znikanie istoty Nissla we wszystkich komórkach układu nerwowego (nawet z komórek zwojowych układu współczulnego); istota Nissla znika stopniowo w kierunku od obwodu komórki do jądra; te komórki, które rozwijają się ostatnie giną pierwsze — tak więc w warstwie piramidowych komórek mózgu zmiany są znacznie wyraźniejsze, niż w komórkach podkorowych.

Niektórzy autorzy (Held, Scott i in.) przypuszczają, że międzywłókienkowa istota (barwiąca się zasadniczymi barwnikami), która tworzy ciałka Nissla, jest nucleo-proteidem; przypuszczenie to staje się bardzo prawdopodobne, jeżeli uwzględnimy wyniki badań chemicznych mózgu w przypadkach choroby Tay-Sachsa *).

Wybitne zaburzenia w czynnościach fizjologicznych układu nerwowego ośrodkowego, które charakteryzują omawiane cierpienie, być może pozostają w łączności z chemicznemi zmianami w metabolizmie jądra. Przyczyną tej regresywnej przemiany mogą być odziedziczone, rasowe albo familijne, braki specyficzne energji neuronów, a może nie wykryte dotychczas zmiany biochemiczne krwi lub limfy.

Streszczając w krótkości wyniki badań powyższych można zanotować dwa główne fakty: 1) zmniejszenie ilości nucleo-proteidów z jednoczesnym znikaniem istoty Nissla w komórkach; 2) zwiększenie ilości zwykłych proteidów, co może mieć związek ze zwiększeniem liczby włókien gleji.

Z pośród innych prac dotyczących chemizmu układu nerwowego najważniejsze są prace Kocha i Sydney Macma (część ich poszukiwań została ogłoszona w rocznikach Archives

---

*) Wyniki badań chemicznych 2 ch opisanych przypadków choroby Tay-Sachsa:

of neurology 1907 i 1909, a także w Zeitsch. f. physiol. Chem. 1907 i w Journal of physiology 1907). Naogół wykonano analizę w przeszło 20 przypadkach normalnych i patologicznych. Główne wyniki analiz tych (badano zazwyczaj cały mózg razem, czasem jednak osobno szarą i białą istotę mózgu) są następujące. Przy badaniu mózgów osobników rozmaitego wieku stwierdzić można, że wraz z wzrostem mózgu zmniejsza się stosunkowo ilość wody, proteinów, popiołów; zwiększa się zaś ilość cerebryny, lipoidów i cholesteryny, a także siarki i fosforu.

Badanie mózgów przypadków otępienia wczesnego wykazało, iż ilość fosforu w porównaniu z normalnemi mózgami nie ulega zmianom wyraźnym, natomiast ilość neutralnej siarki znacznie się zmniejsza, ilość zaś siarki nieorganicznej znacznie się zwiększa; zmiany te są niezależne od przyczyny śmierci i w przypadkach innych chorób umysłowych nie

	Istota szara			Istota biała		
	I morbus	II Tay-Sachsii	Normalny mózg	I morbus	II Tay-Sachsii	Normalny mózg
Woda	85,34	83,9	81,2	87,5	79,71	69,6
proteidy zwykłe	5,68	5,31	4,25	3,83	4,71	4,4
nucleo-proteidy	1,17	1,58	4,45	1,82	3,04	3,8
lecytyny	2,25	3,45	4,0	2,53	4,51	7,5
lipoidy	0,76	0,23	1,0	0,59	0,95	2,3
sole nieorg.	0,82	0,83	1,2	0,75	0,55	0,8
ekstrak.	1,81	1,98	2,1	2,39	2,11	1,4

W obu przypadkach stwierdzono zwiększenie się ilości proteidów zwykłych (zwłaszcza w istocie szarej) z jednoczesnym znacznym zmniejszeniem się ilości nucleo-proteidów. Ilość wody w obu przypadkach zwiększyła się.

spotykają się. Dla kontroli między innemi przeprowadzono analizę kilku przypadków paraliżu postępującego; tu ilość neutralnej siarki nie ulega wielkim zmianom, natomiast zmniejsza się ilość fosforu w lipoidach, co wskazuje na większą destrukcję fosfatydów.

Pracując równocześnie w szpitalu ogólnym Charing Cross Hospital i w szpitalu dla umysłowo chorych Claybury Asylum Mott ma sposobność spostrzegania znacznej liczby przypadków cierpień układu nerwowego pochodzenia syfilitycznego — w szpitalu ogólnym w okresach wczesnych, w szpitalu specjalnym w ostatnich okresach choroby. Jako streszczenie jego wieloletniej obserwacji, badań eksperymentalnych i patologicznych uważać można książkę p. t. Syphilis of the nervous system. Książka ta ukazała się w drugiej połowie r. u. jako czwarty tom podręcznika o syfilisie — System of syphilis, wydawanego przez d'Aray Power and Keogh Murphy.

Pomijając inne bardzo ciekawe rozdziały tej książki jak zwłaszcza doskonały rozdział o płynie mózgowo-rdzeniowym, rozdziały o histo-patologji mózgu i rdzenia i o syfilisie odziedziczonym chciałbym w krótkości omówić badania nad podobieństwem, istniejącym pomiędzy zmianami histopatologicznemi w układzie nerwowym przy trypanosomiasis t. j. przy śpiączce chorobowej i przy dourine*) t. j. maladie de coït u koni — z jednej strony, a przy syfilisie i parasyfilisie z drugiej**). Spielmeyer, jak wiadomo, doświadczalnie wywoływał zakażenie trypanosomami u psów i otrzymywał zmiany w słupach tylnych rdzenia a także zanik nerwu wzrokowego. Z drugiej strony przy tryponosomiasis, podobnie jak przy syfilisie układu nerwowego, znajdywano w płynie mózgo-rdzeniowym limfocyty i komórki plazmatyczne. Wreszcie przebieg kliniczny maladie de coït du cheval (wywoływanej przez trypanosom. equiperdum) jest podobny do przebiegu syfilisu: choroba przenosi się przy spółkowaniu koni, rozpoczyna się owrzodzeniem na narządach płciowych, następnie występuje obrzęk najbliższych gruczołów limfatycznych; zakażenie posuwa się drogą naczyń krwionośnych i wywołuje wysypkę podobną do syfilitycznej. Środki lecznicze — rtęć i arszenik działają specyficznie zarówno w spirochetozie jak i w trypanosomiasis. Co się tyczy zmian w układzie nerwowym ośrodkowym przy śpiączce chorobowej to Mott stwierdził

*) Por. Lingard Report on dourine. Calcutta Government Brinting Office. India.

**) Szereg odpowiednich preparatów miałem sposobność oglądać w pracowni Motta.

(przy badaniu przeszło 30 przypadków tej choroby) przedewszystkiem — zapalenie przewlekłe naczyń chłonnych (lymphangitis chr.); jądra komórek tkanek pokrewnych — opon miękkich i śródbłonkowych naczyń limfatycznych rozmnażają się, tworząc limfocyty i komórki plazmatyczne, które otaczają pasorzyty; niektóre z komórek śródbłonka przeistaczają się w ruchome makrofagi i pożerają trypanosomy. Komórki gleji rozrastają się.

Zmiany w śpiączce chorobowej różnią się od zmian w zapaleniu opon i mózgu głównie tem, że w pierwszem cierpieniu niema absolutnie dążności do wytwarzania się kilaków i endoarteriitis (jest natomiast wybitny perivasculitis). Z drugiej strony w obu cierpieniach największe i najwcześniejsze są zmiany na podstawie mózgu. W niektórych przypadkach spotyka się zwyrodnienie pewnych układów nerwowych zależne od zapalenia naczyń chłonnych i zatrucia krwi, które to czynniki wpływają na odżywianie neuronów; tak np. w mal de coït spostrzegamy zwyrodnienia słupów tylnych. Nigdy jednak zmiany w trypanosomiasis doświadczalnej lub u ludzi nie dosięgają tego stopnia co w porażeniu postępującem, choć nieraz podobieństwo zmian przy ostro przebiegającem porażeniu postępującem, przy syfilisie mózgu i śpiączce chorobowej jest rażące: nacieczenie opon mózgowych i okołonaczyniowych przestrzeni limfocytami i komórkami plazmatycznemi spotyka się we wszystkich trzech chorobach; rozpadanie się i destrukcja komórek i włókien jest znacznie wyraźniejsza przy porażeniu postępującem, za to nacieczenie limfocytami i komórkami plazmatycznemi i nacieczenie gleji jest znacznie rozleglejsze w śpiączce chorobowej. Wskazuje to, że pierwotny rozpad neuronu jest zasadniczą cechą porażenia postępującego, w chronicznej zaś trypanosomiasis zniszczenie istoty nerwowej jest stosunkowo niewielkie i objawy zapalenia opon i mózgu zależne są pośrednio lub bezpośrednio od jakiejś toksyny, wytwarzanej przez trypanosomy.

J. Handelsman.

Londyn, 19 grudnia, 1910 r.

TREŚĆ ZESZYTU VI TOMU I.

PRACE ORYGINALNE.

NEUROLOGJA.

PSYCHJATRJA.

* * *

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

Redaktor i wydawca: DR. LUDWIK DYDYŃSKI.

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Warszawa, Nowogrodzka 17.

SIÓDME (ZA ROK 1909) SPRAWOZDANIE ROCZNE Z CZYNNOŚCI SZPITALA DLA UMYSŁOWO I NERWOWO CHORYCH „KOCHANÓWKA" (POD ŁODZIĄ)

opracował

W. CHODŹKO, lekarz naczelny szpitala.

Przeprowadzenie najpilniejszych reform administracyjnych i ogólno-organizacyjnych w ciągu 1908 roku pozwoliło nam przystąpić z kolei w roku 1909 do podjęcia starań około wzmożenia kierunku naukowego w naszym szpitalu. Pomyślną pod tym względem wróżbę stanowiła dla nas wizyta zbiorowa Kolegów psychjatrów i neurologów warszawskich i łódzkich, którzy na zaproszenie nasze zgodzili się uprzejmie przybyć do Kochanówki w d. 3 stycznia 1909 r. Po oprowadzeniu przybyłych Kolegów po szpitalu, w którym największą ich uwagę zwróciły: obsługa kobieca w pawilonach męskich, Kochanowiecka „samoopieka chorych", urządzenie wanien do kąpieli długotrwałych w pawilonie Im. D-ra K. Jonschera, skasowanie pokojów izolacyjnych w pawilonach dla chorych gwałtownych, próby leczenia światłem kolorowem etc., przystąpiono do obrad; na przewodniczącego obradom powołano jednogłośnie D-ra Męczkowskiego, na trzymającego pióro — D-ra Bornsteina; na porządku dziennym były następujące referaty: Chodźko: — „Sprawozdanie z obrad III-go międzynarodowego Kongresu w sprawie pielęgnowania umysłowo-chorych (w Wiedniu — październik 1908 roku)" oraz krótka historja rozwoju Kochanówki; kol. Tadeusz Gepner: „Zasady pielęgnowania i leczenia chorych w Kochanówce"; Kol. Stefan Kopciński: „Zasady organizacji personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w Kochanówce". W dyskusji nad powyższymi referatami zabierali głos pp.: Dr. Męczkowski, Dr. Flatau, Dr. Wizel, Dr. Bornstein, Dr. Gniazdowski i inni. Dr. Wizel podkreślił, między innemi, konieczność zaprowadzenia stałych kursów pielęgniarstwa dla służby szpitalnej z egzaminami końcowymi, doradzał zwrócenie bacznej uwagi na jej byt materjalny i uposażenie, uważał za potrzebne utworzenie dla niej kasy emerytalnej; wprowadzenie w Kochanówce obsługi kobiecej na oddziałach męskich nazwał

zjawiskiem b. dodatniem. Dr. Męczkowski proponował założenie w Łodzi Towarzystwa Opieki nad umysłowo chorymi, przedewszystkiem celem rozciągania skutecznej opieki nad niezamożnymi chorymi, opuszczającymi szpital, którym wogóle b. trudno jest znaleźć zajęcie; podniósł zalety Kochanówki, wyraził uznanie zgromadzonych dla Komitetu Opiekuńczego szpitala za stworzenie i podtrzymywanie istnienia Kochanówki. Dr. Flatau zwrócił uwagę na braki pracowni i biblioteki szpitalnej, proponował utrzymanie stałego kontaktu z Kochanówką za popocą perjodycznie urządzanych wizyt zbiorowych i posiedzeń naukowych wspólnych w Kochanówce; ta ostatnia propozycja D-ra Flataua została jednogłośnie uchwaloną. Na zakończenie uchwalono wysłać telegram zbiorowy do D-ra Jana Mazurkiewicza, pierwszego lekarza naczelnego i organizatora naszego szpitala, z wyrazami uznania dla jego działalności w Kochanówce.

Wizyta Kolegów warszawskich i łódzkich dla nas, pracujących w samotni, dalekiej od ognisk nauki i kultury, stała się nieocenionem źródłem energji i bodźcem do pogłębiania naukowego naszej pracy klinicznej; dlatego też pozwalam sobie na tem miejscu podkreślić starania i uprzejme chęci D-rów Flataua, Męczkowskiego i Radziwiłłowicza w zainicjowaniu i doprowadzeniu do skutku tej pierwszej zbiorowej wizyty lekarskiej u nas i wyrazić im, jak również Sekcji neurologiczno-psychjatrycznej Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, nasze najserdeczniejsze podziękowanie.

Bezpośrednio prawie po tej wizycie uzyskaliśmy możność dzięki subwencji, udzielonej przez Komitet szpitalny, skompletowania pracowni i bibljoteki szpitalnej. Do pracowni sprowadziliśmy: lupę Leitza z przyrządem rysunkowym, szkła dodatkowe do mikroskopu Zeissa, kamerę Fuchsa-Rosenthala, mikrotom do zamrażania, przyrząd rysunkowy Abbégo do mikroskopu, komplet do wykonywania nakłucia lędźwiowego, duży termostat naftowy i t. p. Wobec coraz większej wagi, jaką zdobywała sprawa odczynu Wassermana, postanowiliśmy zająć się wprowadzeniem tej metody badania do Kochanówki: — w tym celu jeden z ordynatorów szpitala, Kol. O. Sokołowski, wyjechał do Warszawy w styczniu 1909 r. i dzięki uprzejmości D-ra Serkowskiego mógł w jego pracowni poznać zasady techniki tej metody. Pierwotnie badania na odczyn Wassermanna były dokonywane w pracowni D-ra Silberstroma w Łodzi, dzięki bezinteresownej jego pomocy, następnie zaś od lipca 1909 r. w naszej pracowni szpitalnej, którą, kosztem 400-rublowego kredytu ze strony Komitetu szpitalnego, zaopatrzyliśmy we wszystkie potrzebne przyrządy (duży autoklaw firmy A. Witta w Warszawie, wirówka elektryczna etc.). Od tego czasu w Kochanówce dokonywane są stale badania krwi na odczyn Wassermanna u nowowstępujących chorych; prawie u wszystkich dokonywa się nakłu-

cie lędźwiowe i bada się płyn mózgowo-rdzeniowy na odczyn Wassermanna, próbę Nonnego i stopień limfocytozy. Pracą tą zajmuje się stale Kol. Sokołowski; dotychczasowe wyniki jego badań są podane do druku.

Kredyt na bibliotekę lekarską został podniesiony z 50 rb. na 150 rb. rocznie; wskutek tego wzrosła znacznie ilość pism ogólnych i specjalnych, wypisywanych dla szpitala; w ciągu roku 1909 otrzymywaliśmy: Nowiny lekarskie, Przegląd lekarski, Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich, Pamiętnik Towarzystwa lek. Warszawskiego, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie, Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift, Heilanstalt, Zeitschrift für Krankenpflege, Encéphale, Journal of mental science, Rivista sperimentale di freniatria, Epilepsia, Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen, Żurnał niewrołogji i psichiatrji im. S. S. Korsakowa i Sowremiennaja psichiatrija. Liczba książek w bibljotece lekarskiej wzrosła ze 181 tytułów do 397 (do 31 grudnia 1909 r.).

W pracowni rozpoczęte zostały badania histopatologiczne ciekawych przypadków sekcyjnych; w drugiej połowie roku sprawozdawczego Kol. Kopciński rozpoczął u naszych chorych ścisłe badania inteligencji według schematu, ułożonego przez Bernsteina z (Moskwy), których wyniki podał do druku. Rozpoczęto zbieranie i zestawianie obserwacji klinicznych nad psychozami kiłowemi (podane do druku), sprawdzano świeżo opisany t. zw. „objaw mostkowy", wprowadzono systematyczne mierzenie ciepłoty u wszystkich paralityków i t. p.

Wzmożona wizytą Kolegów warszawskich inicjatywa naukowa doprowadziła do utworzenia w kwietniu 1909 roku Sekcji neurologiczno-psychjatrycznej przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem, do której zapisało się narazie 12 członków. Posiedzenia sekcji odbywają się naprzemian w Łodzi i w Kochanówce; ta ostatnia okoliczność pozwala nam na demonstrowanie ciekawych chorych i oddawania pod dyskusję naszych rozpoznań: jest to korzystne zarówno dla nas, jak i dla naszych chorych. W ożywieniu dążności i usiłowań naukowych Kochanówki b. wybitną rolę odegrał niezapomniany dla jego uczestników I-y Zjazd neurologów, psychjatrów i psychologów polskich, odbyty w Warszawie (11, 12 i 13 października 1909 r,); uczestniczących w nim lekarzy Kochanowieckich wybrano do prezydjum Sekcji psychjatrycznej Zjazdu: był to niezasłużony przez nas zaszczyt, którego jednak doniosłość, jak i obowiązki, zeń wypływające, oceniliśmy. W sekcji neurologicznej Zjazdu autor niniejszego sprawozdania odczytał rzecz p. t. „Nowy objaw zaburzeń organicznych układu nerwowego — „objaw mostkowy". (wydruk. w „Medycynie i Kronice lek.", 1909 r., N-r 44).

Przechodzimy z kolei do spraw, dotyczących personelu szpitalnego i ruchu chorych.

Do składu Komitetu szpitalnego w roku 1909 należeli pp.: Weil Władysław (Prezes Komitetu), Horodyński Włodzimierz (Sekretarz i Skarbnik), Stephanus Edmund, Jannasz Konstanty, Dr. Brudziński Józef, Dr. Ks. Jasiński, Dr. J. Koliński, Dr. E. Mittelstaedt, E. Trojanowski, Inż. F. Chełmiński, mec. J. Lachmanowicz, A. Wehr, J. Kindermann, E. Eisert.

W składzie osobistym personelu lekarskiego zaszły pewne zmiany: w październiku 1909 r. opuścił Kochanówkę, udając się na klinikę prof. Kraepelin'a dla studjów nad anatomją patologiczną układu nerwowego, Kol. Tadeusz Gepner; na zastępstwo czasowe przybyła do Kochanówki Kol. Natalja Zylberlastówna.

Skład liczebny personelu pielęgniarskiego nie uległ zmianie; obsługa kobieca na oddziałach męskich, wprowadzona w r. 1908, pełniła z pożytkiem dla chorych swoje czynności w ciągu roku sprawozdawczego; wobec tego wprowadziliśmy jeszcze jedną (czwartą) pielęgniarkę na oddziale dla gwałtownych mężczyzn.

Wykonywując powzięty w r. 1908 projekt, rozpoczęliśmy systematyczne wykłady pielęgniarstwa dla niższego personelu pielęgniarskiego. Wykłady odbywały się 2 razy tygodniowo w godzinach wieczornych, trwały od 19 stycznia do 4 maja 1909 r.; wszystkich wykładów było 23, z tego na anatomję i fizjologję człowieka zużyto 6 wykładów, na bakterjologję i hygienę ogólną — 5 wykładów, na pielęgniarstwo ogólno-szpitalne — 4 wykłady, na pielęgniarstwo w szpitalach psychjatrycznych w związku z obowiązującym u nas regulaminem służbowym — 7 wykładów; wykłady były ilustrowane w miarę możności obrazami niknącymi, pokazami mikroskopowymi, demonstracjami zabiegów i rękoczynów pielęgniarskich i t. p. Wykłady prowadzili wszyscy lekarze Kochanowieccy. Uczęszczanie na wykłady było obowiązujące dla służby pielęgniarskiej, przyjętej do szpitala w r. 1908 i 1909, jednakże i starsza służba, jak również służba administracyjna, uczęszczała również na wykłady; ilość słuchaczy wahała się od 12 do 39 na jednym wykładzie, przeciętnie bywało po 25 osób; wykład trwał od 3 do 5 kwadransy. Egzaminów końcowych nie urządzaliśmy, natomiast po każdym wykładzie prowadziliśmy pogadanki wyjaśniające z zadawaniem pytań. Zawcześnie jeszcze jest sądzić o wpływie tych wykładów na podniesienie się poziomu pielęgnowania chorych w naszym szpitalu — potrzeba na to jeszcze pewnego dłuższego okresu czasu. Do ich całkowitego powodzenia potrzeba przedewszystkiem podniesienia poziomu kulturalnego służby przez urządzenie dla niej czytelń i bibljoteki, kursów czytania i pisania, prowadzenie pogadanek ogólno kształcących, związanych na razie z kursami pielęgniarstwa co do treści ogólnej, zapewnienia służbie odpowiednich mieszkań i t. p. Naogół wydaje nam się, że grunt do

szybkiego ukulturalnienia naszego niższego personelu jest podatny, zaciekawienie sprawami, mającemi z tem związek, b. znaczne. Nie możemy zapominać, że kulturalność służby jest pierwszym warunkiem pomyślności i spokoju dla naszych chorych, to też w tym kierunku wytrwale naprzód dążyć musimy. Najpiękniejsze urządzenia i najlepiej obmyślone reformy rozbiją się zawsze w szpitalach psychjatrycznych o ciemnotę i niekulturalność niższego personelu.

Stan finansowy naszego szpitala w r. 1909 (według urzędowego sprawozdania Zarządu Łódzkiego Chrz. Tow. Dobroczynności) przedstawiał się naogół dość pomyślnie. Budżet szpitala wynosił w roku sprawozdawczym w dochodach Rb. 120,896 kop. 01, w wydatkach Rb. 114,861 kop. 57.

Wymieniamy pozycje budżetu:

a) Dochody:

Pozostałość z d. 31 grudnia 1908 r. . .	Rb.	15,997	kop.	64
Za utrzymanie chorych. . . .	„	88,423	„	21
Składki członkowskie	„	2,822	„	—
Pożyczka z kasy głównej Towarz. Dobrocz.	„	8,000	„	—
Ofiary	„	3,831	„	35
Za trzodę	„	621	„	17
Procenty	„	583	„	66
Różne wpływy	„	616	„	98
	Rb.	120,896	kop.	01

b) Wydatki:

Administracja	Rb.	26,181	kop.	73
Artykuły spożywcze	„	42,195	„	62
Pranie	„	1,208	„	15
Opał i światło	„	10,112	„	—
Garderoba.	„	2,558	„	25
Wydatki gospodarskie	„	4,254	„	80
Urządzenia wewnętrzne . . .	„	2,429	„	08
Laboratorjum i lekarstwa . . .	„	2,802	„	07
Zwrócono wypisanym chorym . .	„	956	„	23
Pogrzeby	„	203	„	45
Asekuracja i podatki	„	343	„	98
Telefon	„	190	„	—
Wydatki kancelaryjne	„	250	„	41
Utrzymanie koni.	„	1,100	„	37
Nowe budowle i renowacje . . .	„	19,367	„	29
Różne wydatki	„	718	„	14
	Rb.	114,861	kop.	57

Pozostałość Rb. 6,034 kop. 44.

Najważniejszą pozycję w rubryce dochodów stanowiły opłaty za leczenie i utrzymanie chorych — rb. 88.423; natomiast ofiary wyniosły wszystkiego rb. 3.831 kop. 35 wobec rb. 35,646 w roku 1908. Tak wysoka cyfra ofiar w r. 1908 objaśnia się subskrypcją publiczną na rzecz budowy pawilonu Im. ś. p. D-ra Karola Jonschera. Pozycja dochodowa, zatytułowana: „Pożyczka z kasy głównej Towarzystwa — rb. 8,000" nie stanowi dowodu pogorszenia się położenia finansowego szpitala: pożyczka ta została wywołana koniecznością regulowania rachunków bieżących, których nie mogliśmy pokryć wobec tego, że Magistrat m. Łodzi zaległ b. znacznie w opłacie za chorych, leczonych w Kochanówce kosztem miasta; suma zaległości do końca 1909 roku urosła do 26 tysięcy rubli! Brak tak znacznej sumy w budżecie dochodów odbił się fatalnie na losach naszego szpitala, gdyż uniemożliwił przedsięwzięcie gruntownych reform i ulepszeń, przedewszystkiem zaś budowy nowej kuchni, rzeczy pierwszorzędnej dla Kochanówki doniosłości. Wszelkie nawoływania i zabiegi Komitetu szpitalnego w Magistracie nie odnosiły skutku. Wobec tego, że chorzy miejscy stanowią $^{1}/_{3}$ część ogólnej liczby naszych chorych, łatwo zrozumieć, że brak pokrycia wydatków, na nich łożonych, musi się ciężko odbić na pozostałych $^{2}/_{3}$, pozbawiając ich koniecznych wygód, przestrzeni i powietrza. Jeżeli stan taki będzie się przedłużał, może to zahamować dalszy rozwój Kochanówki i podkopać nawet samo jej istnienie. To też w roku sprawozdawczym nie możemy się pochwalić żadnemi zasadniczemi ulepszeniami ani wzmożeniem zasobów leczniczych szpitala — żyliśmy jeszcze nabytkami 1908 roku i dzięki temu tylko sprawozdanie z ruchu chorych przedstawia się naogół pomyślnie.

Cyfry, dotyczące ruchu chorych w Kochanówce w ciągu 1909 r., podane szczegółowo poniżej, wskazują na stały przyrost liczby chorych: — podczas, gdy na 1 stycznia 1909 r. pozostało w szpitalu 217 chorych, pozostałość na 1 stycznia 1910 r. wynosiła już 246 chorych. W ciągu 1909 r. leczyło się ogółem 385 chorych (w ciągu 1908 r. — 367 chorych). Ogólna liczba chorych, leczonych w Kochanówce od czasu jej otwarcia (17 września 1902 r.) po 31 grudnia 1909 r., wyniosła 1076 osób.

Dzięki ulepszeniom i reformom zdrowotnym 1908 roku śmiertelność w roku sprawozdawczym wśród chorych naszych znacznie się obniżyła: w ciągu 1909 r. zmarło 23 chorych (17 mężczyzn, 6 kobiet), co na ogólną liczbę leczonych w tymże roku stanowi 5,97%.

Odsetka	śmiertelności	wynosiła:	w roku	1908 —	9,26%
"	"	"	"	1907 —	10,97%
"	"	"	"	1906 —	6,50%
"	"	"	"	1905 —	6,66%

Odsetka	śmiertelności	wynosiła:	w roku	1904	—	12,84%
"	"	"	"	1903	—	10,90%

Odsetka śmiertelności roku 1909, najniższa w ciągu istnienia szpitala naszego, zbliża się już do normy europejskiej (4 — 5%): stanowi ona wskazówkę, że tylko kosztem stałych i ciągłych ulepszeń, zapobieganiem przepełnieniu szpitala za pomocą budowania dostatecznej ilości pawilonów, możemy uniknąć tak fatalnego powiększenia śmiertelności, jakie mieliśmy w r. 1906, kiedy stan zdrowotny szpitala stał bardzo nisko. — Wśród 23 chorych, zmarłych w 1909 r., znajduje się 11 przypadków porażenia postępującego, co stanowi 47,82% ogólnej liczby zmarłych (w r. 1908 — 38,2% ogólnej liczby zmarłych). Ilość przypadków włóknikowego zapalenia płuc z zejściem śmiertelnem znacznie spadła: mamy do zanotowania w r. 1909 tylko 1 przypadek (w r. 1908 — 5 przypadków!); zjawisko to zawdzięczać musimy zmniejszeniu przepełnienia szpitala, a więc i zmniejszeniu możliwości zarażania się. Ilość zgonów z powodu gruźlicy spadła do 3 przypadków (w r. 1908 — 5 przypadków). Dla oceny naszej cyfry śmiertelności dodać muszę, że w 5 przypadkach przywiezieni do nas chorzy znajdowali się w stanie agonii, albo końcowego charłactwa. W 2 przypadkach (epileptyk Walenty Kr. i paralityk Teodor W.) śmierć nastąpiła naskutek aspiracji pokarmów (groch i ser miękki) do dróg oddechowych w czasie napadu padaczkowego. W obu razach śmierć nastąpiła w jednej chwili, gdyż półpłynna masa pokarmowa, pod wpływem kurczów mięśniowych, została wklinowaną odrazu b. głęboko do tchawicy, usunąć ją zaś można było zaledwie małemi cząsteczkami, ponieważ kruszyła się w palcach. W przypadku Teodora W. zaduszenie wydarzyło się podczas kolacji w oczach wizytującego lekarza: natychmiast podana pomoc okazała się bezskuteczną.

W ciągu roku sprawozdawczego zdarzyło się kilkanaście ucieczek chorych, które nie pociągnęły za sobą żadnych złych następstw; w 2 wypadkach chorzy, znalazłszy się w domu, zostali, na żądanie rodziny, wypisani ze szpitala.

Kochanowiecka „samoopieka" chorych, stanowiąca dla nas surogat „opieki rodzinnej", funkcjonowała zadawalniająco w roku sprawozdawczym; zupełna wolność, jaką cieszyli się chorzy w niej przebywający, nie spowodowała żadnego wypadku, ani poważniejszego zajścia. Jednocześnie znajdowało się w „samoopiece" po 6—8 chorych; w ciągu roku przebywali w niej chorzy następujący: 2 chorych na padaczkę, 1 — na psychozę kiłową, 2 — na otępienie wtórne, 2 — na otępienie wczesne, 1 — głuptak, 1 — na syringomyelię, 1—na psychozę pourazową, 1 — na otępienie organiczne, 1—na psychozę manjakalno-depresyjną (rekonwalescent), 1 alkoholik. Niepomyślne warunki zewnętrzne

nie pozwoliły nam rozwinąć szerszej sprawy „opieki rodzinnej”, na gruncie naszym.

Na pracę chorych zwróciliśmy i w roku 1909 pilną uwagę: mężczyźni w porze roku cieplejszej pracowali w lesie około wyrąbywania i kopania dróg, zbierali liście i gałęzie, kopali kartofle, paru pracowało stale w ogrodzie warzywnym; kobiety (w b. małej liczbie) zajmowały się szyciem, haftowaniem, robotami szydełkowemi, obieraniem kartofli dla kuchni, szorowaniem i zmywaniem naczyń; dwie chore stale pracowały w garderobie szpitalnej. W zimie wprowadziliśmy na oddziałach męskich klejenie torebek papierowych dla sklepów spożywczych — nowość ta dość się podobała i zajmowała chorych. Brak warsztatów i niemożność systematycznego zajmowania chorych pracą dawał nam się silnie we znaki. Obroty pieniężne t. zw. „kasy pracy i zabaw chorych” w roku 1909 były następujące: ze sprzedaży robót, wykonanych przez chore, z przedstawienia amatorskiego, odbytego w Łodzi na korzyść kasy, wreszcie z ofiar jednorazowych osiągnęliśmy dochodu rb. 239 kop. 52½, do czego dodać należy remanent z r. 1908 w ilości rb. 24 kop. 27 (razem rb. 263 kop. 79½). Z sumy powyższej wydano: na materjały do robótek kobiecych, na opłacenie reszty należności za gramofon, na urządzenie balu kostjumowego, przedstawienia dla chorych w Kochanówce, przedstawienia amatorskie w Łodzi i majówki dla chorych rb. 206 kop. 87 — pozostało zatem w kasie na rok 1910— rb. 50 kop. 06½.

Oprócz zwykłych zabaw tanecznych w niedziele i święta, przedstawień latarni czarnoksięskiej i kinematografu w czasie postu, urządzony został w ostatki doroczny bal kostjumowy chorych. W ostatnią niedzielę karnawału wystawioną została komedyjka p. t. „Wesoła dziatwa”, ułożona przez p. Annę Chodźkową, w której występowały dzieci oraz niektórzy chorzy obok amatorów z personelu szpitalnego. W sierpniu odbyła się wycieczka zbiorowa, w której wzięło udział przeszło 70 chorych, do oddalonego o kilka wiorst od Kochanówki lasku; chorzy spędzali kilka godzin na ochoczej zabawie — tańczyli, grali w piłkę, słuchali śpiewu chóralnego, fotografowali się wspólnie etc. W ostatnim dniu grudnia urządziliśmy dla inteligentniejszych chorych i służby szpitalnej obchód Słowackiego, złożony z pogadanki o znaczeniu jego twórczości dla nas, żywych obrazów z „Lilli Wenedy“, deklamacji niektórych poezji, przedstawienia fragmentu „Balladyny” i t. p. W ciągu roku 1909 utworzył się w Kochanówce pod kierownictwem Kol. Sokołowskiego — chór mięszany, złożony z kilkunastu osób chorych i zdrowych: chór ten występował często podczas zabaw niedzielnych i przyczyniał się w dużym stopniu do urozmaicenia życia chorych.

Biblioteka, złożona z książek w języku polskim i niemiec-

kim lżejszej treści przeznaczona do użytku chorych, znacznie się powiększyła.

W roku ubiegłym Kochanówka wystąpiła nazewnątrz przez wzięcie udziału w urządzonej w Łodzi wystawie przeciw-alkoholowej: — wystawiliśmy tablice, dotyczące ruchu umysłowo-chorych alkoholików w Kochanówce od początku jej istnienia do grudnia 1909 r., a lekarze kochanowieccy wygłosili kilka pogadanek o wpływie alkoholizmu na powstawanie chorób umysłowych. Na otwartej w Łodzi wystawie pracy kobiet i dzieci umieściliśmy szereg robót, wykonanych przez nasze chore.

I. W d. 1 stycznia 1909 r. znajdowało się w szpitalu „Kochanówka" 217 chorych, w tej liczbie mężczyzn 122, kobiet 95. W ciągu 1909 r. przybyło 168 chorych, t. j. mężczyzn 97, kobiet 71, leczyło się zatem ogółem w ciągu roku sprawozdawczego 385 chorych, w tej liczbie mężczyzn 219 i kobiet 166. Na d. 1 stycznia 1910 r., pozostało w szpitalu 246 chorych, w tej liczbie mężczyzn 129, kobiet 117. W porównaniu z rokiem 1908 liczba chorych, leczonych w szpitalu w ciągu roku, wzrosła o 18, z rokiem 1907 — o 48, z rokiem 1906 — o 71, z rokiem 1905 — o 130, z rokiem 1904 — o 167, z rokiem 1903 — o 187. Przyrost w r. 1909 stanowi 77,42% pozostałości, w r. 1908 stanowił 74,76%, w r. 1907 — 76,42%, w r. 1906 — 112%, w r. 1905 — 118%; odsetka przyrostu w porównaniu z rokiem 1908 i 1907 nieznacznie się podniosła, jednakże daleka jest od cyfr 1906 i 1905 r. Uderza znaczny wzrost liczby chorych kobiet: w d. 1 stycznia 1909 r. było w szpitalu 95 kobiet, w dniu 1 stycznia 1910 r. — 117; liczba chorych mężczyzn powiększyła się w mniejszym stopniu (ze 122 do 129).

II. Z ogólnej liczby 385 chorych Łódź dostarczyła Kochanówce 278 chorych, Warszawa — 20, gub. Piotrkowska — 62, gub. Kaliska — 9, gub. Lubelska — 5, gub. Kielecka — 1, gub. Radomska — 1, gub. Płocka — 2, Litwa i Ruś — 4, Galicja — 2, Austrja — 1.

Chorzy, pochodzący z Łodzi, stanowią 72,2% ogólnej liczby chorych, chorzy, pochodzący z Łodzi i innych okolic gub. Piotrkowskiej — 88,3%, szpital nasz obsługuje więc przedewszystkiem Łódź i gubernję Piotrkowską. Zasługuje na podkreślenie, że Warszawa dostarczyła nam w roku sprawozdawczym 20 chorych (w r. 1908 — 9, w r. 1907 — 11.

III. Opłatę za leczenie chorych w r. 1909 ponosiły następujące osoby, instytucje i przedsiębiorstwa:

1)	Rodziny	opłacały za	138 chorych
2)	Fabryki	„ „	44 „
3)	Miasto Łódź	opłacało „	124 „
4)	Łódzkie Chrześc. Tow. Dobrocz.	„ „	58 „
5)	Kolej Żelazna Fabr.-Łódzka	opłacała „	1 chorego
6)	Miasto Pabjanice	opłacało „	1 „

7) Miasto Zgierz opłacało za 3 chorych
8) Miasto Tomaszów Rawski „ „ 1 chorego
9) Zarząd Powiatu Łódzkiego opłacał „ 1 „
10) Gminy wiejskie opłacały „ 5 chorych
11) Kochanówka utrzymywała bezpłatnie 9 „

Zestawienie porównawcze liczb powyższych z liczbami lat poprzednich podaje tablica poniższa:

Kto płacił za leczenie	Chorych w latach:							% odsetka do ogólnej liczby chorych według lat						
	1902—3	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1902—3	1904	1905	1906	1907	1908	1909
								%	%	%	%	%	%	%
1) Rodziny	97	76	84	111	116	131	138	48,7	34,8	32,9	35,5	34,4	35,7	35,8
2) Fabryki	22	32	58	74	72	68	44	11,3	14,6	22,7	23,6	21,3	18,5	11,4
3) Miasto Łódź	18	32	52	59	80	95	124	9,1	14,6	20,4	18,8	23,7	25,9	32,2
4) Łódz. Chrz. Tow. Dobr.	54	51	44	50	50	50	58	27,4	23,8	17,25	15,9	14,9	13,6	15,1
5, 6, 7, 8, 9) Kol. Żelaz., Pabjanice, Zgierz, Tomaszów, Zarząd Powiatu Łódzkiego	1	11	2	6	5	4	7	0,5	12,3	0,3	1,9	1,5	1,1	1,8
10) Gminy wiejskie	3	4	—	—	1	4	5	1,5	1,9	—	—	0,3	1,1	1,3
11) Kochanówka bezpłat.	—	—	10	13	13	15	9	—	—	3,9	4,1	3,9	4,1	2,4

Tablica powyższa uwidocznia, między innemi, gwałtowny spadek liczby chorych, utrzymywanych w Kochanówce na koszcie fabryk łódzkich: najwyższą odsetkę wykazują lata „strajkowe” — 1905, 1906 i 1907. W ostatnich dwu latach zwiększają się natomiast ciężary kasy miejskiej i Łódzkiego Chrz. Towarz. Dobroczynności. Liczba chorych, utrzymywanych przez rodziny, pozostaje naogół na jednakowym poziomie.

IV. Według rodzaju zajęcia chorzy nasi dzielą się na grupy następujące:

1) Przy rodzinie (zajęcie domowe, albo brak określonego zajęcia)	osób	121
2) Robotników i robotnic fabrycznych	„	100
3) Rzemieślników	„	57
4) Urzędników prywatnych i rządowych	„	9
5) Kupców i handlowców	„	16
6) Nauczycieli i nauczycielek	„	6
7) Inżynierów i techników	„	7
8) Lekarzy	„	2
9) Dentystów i dentystek	„	2
10) Felczer	„	1
11) Talmudysta	„	1
12) Obywateli ziemskich i rolników	„	9
13) Właściciel fabryki	„	1
14) Właściciel domu	„	1
15) Przyrodnik	„	1
16) Uczniów i uczenic szkół wyższych i średnich	„	10
17) Seminarzysta	„	1
18) Artystka-malarka	„	1
19) Wyrobnik	„	1
20) Służących	„	6
21) Stróżów	„	2
22) Wojskowych	„	2
23) Policjantów	„	3
24) Żebraczka	„	1
25) Bezdomnych	„	8
26) Niewiadomego zajęcia i środków utrzymania	„	16

V. Stan rodzinny chorych określają następujące liczby:

W stanie małżeńskim pozostawało osób		155
„ bezżennym „	„	184
Wdów i wdowców było	„	19
Rozwódki	„	2
Niewiadomego stanu było	„	25

VI. Pod względem wyznaniowym chorzy nasi dzielą się jak następuje:

1) Katolików	220	(57,2%)
2) Ewangielików	85	(22,0%)
3) Wyznania mojżeszowego	50	(12,9%)
4) Prawosławnych	13	(0,4%)
5) Baptysta	1	(0,3%)
6) Wyznania niewiadomego	16	(4,2%)

VII. Pod względem stopnia wykształcenia chorzy dzielą się na kategorje następujące:

1)	Analfabetów . . .	52
2)	Z wykształceniem początkowem	172
3)	Z wykształceniem średniem .	61
4)	Z wykształceniem wyższem .	17
6)	Niewiadomo o wykształceniu u	83

VIII. Wiek chorych podaje tablica poniższa:

Wiek chorych	Liczba chorych			W odsetkach	
	Mężczyzn	Kobiet	Ogółem	Mężczyzn	Kobiet
poniżej 5 lat . . .	2	—	2	0,9%	—
od 5 — 10 . .	3	4	7	1,4%	2,4%
„ 10 — 15 . .	2	1	3	0,9%	0,6%
„ 15 — 20 . .	12	15	27	5,5%	9,0%
„ 20 — 30 . .	62	43	105	28,3%	25,9%
„ 30 — 40 . .	69	45	114	31,5%	27,1%
„ 40 — 50 . .	47	32	79	21,5%	19,3%
„ 50 — 60 . .	13	14	27	5,9%	8,5%
„ 60 — 70 . .	3	7	10	1,4%	4,2%
Wiek niewiadomy.	6	5	11	2,7%	3,0%
	219	166	385	100,0%	100,0%

IX. Czas trwania choroby przed wstąpieniem do szpitala określa wykaz następujący:

mniej niż 3 dni	7	chorych
od 3 dni do 1 miesiąca . . .	61	„
„ 1 miesiąca do 3 miesięcy . .	46	„
„ 3 miesięcy do 6 „ . .	40	„
„ 6 „ „ 1 roku . . .	30	„

od 1 roku do 5 lat	. . . .	94 chorych
„ 5 lat „ 10 „	. . .	37 „
„ 10 „ „ 20 „	. . .	28 „
„ 20 „ „ 30 „	. . .	9 „
„ 30 „ „ 40 „	. . .	3 „
powyżej 40 lat	. . . .	2 „
niewiadomo o	. . . .	28 „

X. Choroba umysłowa wystąpiła:

po raz pierwszy	. . .	u 241 chorych
„ „ drugi	. . .	u 85 „
„ „ trzeci	. . .	u 20 „
„ „ czwarty	. . .	u 8 „
„ „ piąty	. . .	u 4 „
niewiadomo o	. . .	27 „

XI. Czas pobytu w szpitalu podaje wykaz następujący:

mniej, niż 1 miesiąc	pozostawało w szpitalu .	40 chorych
od 1 mies. do 3 mies.	„ „ .	61 „
„ 3 „ „ 6 „	„ „ .	48 „
„ 6 „ „ 1 roku	„ „ .	47 „
„ 1 roku „ 2 lat	„ „ .	83 „
„ 2 lat „ 6 „	„ „ .	84 „
„ 6 „ „ 10 „	„ „ .	11 „
powyżej 10 lat	„ „ .	11 „

XII. Ilość dni szpitalnych, spędzonych przez chorych w ciągu 1909 r., wyniosła 85378; na jednego chorego przypada przeciętnie 221,5 dnia. W roku 1908 ilość dni szpitalnych wynosiła 78150, na jednego chorego przeciętnie 212,9 dnia; w r. 1907 ilość dni szpitalnych — 74036, na jednego chorego 219,6 dnia; w roku 1906 ilość dni szpitalnych — 64991, na jednego chorego — 206,9 dnia; w r. 1905 ilość dni szpitalnych 48939, na jednego chorego — 191,9 dnia.

XIII. Według rozpoznania choroby chorzy nasi dzielą się na następujące kategorje (patrz str. 14):

W rubryce „otępienia wczesnego” w tablicy powyższej umieściliśmy nietylko postaci, zaliczane do „Dementia hebephrenica” i „Dementia katatonica”, ale również postaci, oznaczone nazwą „Dementia paranoides”, ponieważ sprawa samodzielności tych ostatnich psychoz nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Ze względów praktycznych zmuszeni byliśmy pozostawić rubrykę „otępienia wczesnego”; zaliczone zostały do niej chore b. dawne,

Rozpoznanie choroby	Mężczyzn	Kobiet	Ogółem
1. Psychozy melancholijno-manjakalne .	7	27	34
2. Amentia, hallucinosis acuta. . .	4	3	7
3. Psychozy neurasteniczne . . .	3	3	6
4. „ histeryczne . . .	4	23	27
5. „ padaczkowe . . .	24	14	38
6. „ degeneracyjne . . .	3	—	3
7. Otępienie wczesne (Dementia praecox) .	58	51	109
8. Obłąkanie pierwotne (Paranoia) . .	4	5	9
9. Otępienie wtórne (Dementia secundaria) .	—	9	9
10. Psychozy klimakteryczne . . .	—	1	1
11. „ zakaźne	3	2	5
12. „ kiłowe (Psych. lueticae) . .	12	2	14
13. „ pijackie (Psych. alcoholicae) .	30	1	31
14. Porażenie postępujące (Paralysis progressiva)	34	5	39
15. Otępienie starcze (Dementia senilis) .	—	2	2
16. Psychozy miażdżycowe . . .	1	4	5
17. Braki umysłowe wrodzone (Idiotismus, Imbecillitas)	16	9	25
18. Obłąkanie pourazowe (Psych. traumatica)	5	—	5
19. Otępienie organiczne (Dementia organica)	1	—	1
20. Drżączka porażenna (Paralysis agitans) .	1	1	2
21. Pląsawica przewlekła (Chorea minor) .	—	3	3
22. Wiąd rdzenia (Tabes dorsalis) . .	1	—	1
23. Syringomyelia	1	—	1
24. Stwardnienie wieloogniskowe (Sclerosis multiplex)	1	—	1
25. Głuchoniemota	—	1	1
26. Na obserwacji	6	—	6
	219	166	385

u których z objawów obecnych nie udało się odtworzyć pierwotnego obrazu klinicznego.

XIV. Wywiady co do przyczyn chorób umysłowych dostarczyły nam danych następujących (u 317 chorych):

Przyczyna choroby	Napewno u		Prawdopodobnie u		obok innych czynników głównych u		Suma		Ogólna liczba chorych
	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	
1. Pijaństwo ojca	13	2	28	25	3	1	44	28	72
2. Pijaństwo matki	—	—	—	1	—	—	—	1	1
3. Pijaństwo obojga rodziców	1	5	2	1	—	—	3	6	9
4. Pijaństwo dziadków	—	—	2	1	—	1	2	2	4
5. Kiła ojca	—	—	1	—	—	—	1	—	1
6. Kiła obojga rodziców	—	1	—	—	—	—	—	1	1
7. Choroby umysłowe rodziców	—	2	7	7	—	—	7	9	16
8. Choroby umysłowe i nerwowe dziadków	—	—	3	4	—	—	3	4	7
9. Choroby umysłowe i padaczka dalsz. krewn.	—	—	9	19	2	—	11	19	30
10. Choroby nerwowe rodziców	—	—	8	7	—	—	8	7	15
Ogółem różnego rodzaju dziedziczności						u	79	77	u 156 chor.
11. Padaczka w dzieciństwie	—	—	—	—	—	1	—	1	1
12. Kiła nabyta	20	1	2	1	—	1	22	3	25
13. Pijaństwo chorego	31	1	14	1	13	6	58	8	66
14. Uraz fizyczny	3	1	11	2	5	1	19	4	23
15. Uraz psychiczny	—	—	1	1	6	11	7	12	19
16. Choroby zakaźne ostre	1	2	8	4	1	4	10	10	20
17. Wycieńczenie (inanitio)	—	—	—	—	—	1	—	1	1
18. Uraz porodowy	—	—	2	2	—	1	2	3	5
19. Laktacja (?)	—	—	—	—	—	1	—	1	1
							197	120	317 chor.

Dziedziczne czynniki chorobowe występują u 49,2% badanych chorych. Alkoholizm, jako przyczyna cierpień umysłowych wogóle, występuje u 152 chorych, czyli u 47,9% ogólnej liczby: odsetka powyższa utrzymuje się u naszych chorych dosyć stale— w r. 1908 wynosiła 47,7%, w r. 1907 — 44,1%.

XV. Z ogólnej liczby 385 chorych (mężczyzn 219, kobiet 166) leczonych w ciągu 1909 r. ubyło w ciągu tegoż roku 139 chorych (mężczyzn 90, kobiet 49), w tej liczbie:

wyzdrowiało . . .	23 osoby	(17 mężczyzn, 6 kobiet)
wypisało się z polepszeniem	36 osób	(24 mężczyzn, 12 kobiet)
wypisało się bez polepszenia	57 osób	(32 mężczyzn, 25 kobiet)
zmarło . . .	23 osoby	(17 mężczyzn, 6 kobiet)

Odsetka wyzdrowień wynosi 5,97% (w r. 1908 — 6,53% w r. 1907 — 3,85%). Odsetka śmiertelności wynosi 5,97%.

XVI. Przyczyny zejść śmiertelnych w r. 1909 uwidocznia tablica poniższa:

Chorzy	Wiek lat	Pozostawali w szpitalu	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
1. Walenty Kr.	33	3 lata 8 mies. 5 dni	Epilepsia cum dementia	Napad padaczkowy— asphyxia
2. Feliks Wit.	16	2 lata 7 mies.	Epilepsia cum dementia	Tuberculosis pulmonum
3. Leon H.	?	1 r. 11 m. 6 d.	Epilepsia cum dementia	Pneumonia crouposa
4. Józef Niem.	39	1 r. 2 m. 27 dni	Tabo-Paralysis	Cierpienie zasadnicze
5. Jan Br.	41	1½ roku	„ „	„ „
6. Marjan G.	41	1 rok 6 mies. 14 dni	Paralysis progressiva	„ „
7. Józef G.	36	1 rok 1 mies. 26 dni	„ „	„ „
8. Mikołaj Z.	59	1 rok 4 mies. 21 dni	„ „	Pachymeningitis cerebro-spinalis
9. Teodor W.	32	10 mies.	„ „	Cierpienie zasadnicze (napad padaczkowaty, aspiracja pokarmu w drogi oddechowe)

Chorzy	Wiek lat	Pozostawali w szpitalu	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
10. Mikołaj Wojt.	36	6 mies. 11 dni	Lues cerebri?	Cierpienie zasadnicze
11. Emma Augusta Gr.	29	11 m. 11 dni	Dementia praecox	Tuberculosis pulmonum
12. Józef. Now.	60	1 rok 1 mies. 25 dni	Paralysis progressiva	Pneumonia cachecticorum
13. Emilja Schr.	59	1 rok — 2 dni	Arteriosclerosis cerebri?	Cierpienie zasadnicze
14. Łukasz Kr.	37	6 mies. 25 dni	Pseudoparalysis progress. traumatica	Phlegmone scroti
15. Hersz. A.	35	2 mies. 21 dni	Paralysis progressiva	Cierpienie zasadnicze
16. Cip. B.	30	2 mies. 9 dni	Idiotismus. Hydrocephalus internus	Ependymitis ventricularis acuta
17. Ludwik K.	35	1 dzień	Collaps-delirium	Cierpienie zasadnicze
18. Salomea T.	28	17 dni	Tabo-Paralysis	Cystitis purulenta
19. Ryfka Sch.	21	3 dni	Psychosis maniaco-depressiva. Vitium cordis	Inanitio
20. Andrzej P.	36	3 mies.	Tabo-Paralysis	Cierpienie zasadnicze
21. Juljanna D.	34	2 dni	Collaps delirium	Zakażenie porodowe
22. Mikołaj W.	33	7 dni	Tabo-Paralysis	Cachexia
23. Roman J.	43	1 mies. 21 dni	Alcoholismus chronicus	Tuberculosis pulmonum

Choroby gorączkowe były przyczyną śmierci w 9 przypadkach (w tem 3 przypadki gruźlicy płuc) — co stanowi 39,13% ogólnej liczby zejść śmiertelnych w r. 1909 (odsetka gruźlicy płuc wynosi 13%); odsetka śmiertelności chorób gorączkowych wogóle utrzymuje się wciąż na wysokim poziomie.

Na porażenie postępujące przypada 11 przypadków, co stanowi 47,82% ogólnej liczby zejść, na cierpienia z zatrucia alkoholowego — 1 przypadek (4,34% ogólnej liczby zejść).

Do podwyższenia odsetki śmiertelności w roku sprawozdawczym przyczyniła się ta okoliczność, że zmuszeni byliśmy do przyjmowania chorych, znajdujących się albo w agonji albo w stanie, bliskim kresu (przypadki N-r 17, 18, 19, 21, 22): między innemi chora Juljanna A., lat 34, została przywiezioną do Kochanówki w stanie silnego podniecenia amencyjnego, połączo-

nego z nadzwyczajnem wycieńczeniem (po porodzie) — badanie pośmiertne stwierdziło zapalenie błony śluzowej macicy gnilne, spowodowane, jak się okazało, rękoczynami niesumiennej akuszerki.

XVII. Tablica poniższa podaje rozkład wypadków śmierci w r. 1909 według miesięcy i płci:

Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień		Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień		Wrzesień		Październ.		Listopad		Grudzień	
Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.	Męż.	Kob.
2	—	3	1	1	1	1	—	—	2	3	—	1	—	1	1	—	—	3	—	1	—	1	

W pierwszej połowie roku 1909 (od 1 stycznia do 1 lipca) zmarło 14 chorych, w drugiej połowie roku (od 1 lipca do 31 grudnia) zmarło 9 chorych.

Warunki zdrowotne szpitala w r. 1909 i program dalszych ulepszeń.

Wspomnieliśmy już powyżej, że warunki zdrowotne szpitala naszego w r. 1909 były dość pomyślne naskutek 3 gruntownych nabytków 1908 r.: ulepszenia żywienia chorych, wybudowania pawilonu Im. D-ra K. Jonschera i przeprowadzenia kanalizacji. Rok 1909, niestety, nie może pochwalić się podobnym postępem — w roku sprawozdawczym nie zrobiono nic, co zasadniczo mogłoby usunąć istniejące jeszcze poważne braki. Z ulepszeń drobniejszych zaznaczyć należy: przerobienie gruntowne klozetów w pawilonach męskim i kobiecym na parterze z zamianą podłogi mozajkowej na terakotową, wyłożeniem ścian kaflami, zamianą misek żelaznych na steingutowe emaljowane, zaprowadzeniem umywalek etc., jednocześnie udało nam się ulepszyć wentylację klozetów: — w ten sposób zapobiegliśmy prawie zupełnie fatalnemu zaduchowi, przepełniającemu poprzednio korytarze szpitalne.

Klozety na piętrach górnych obu pawilonów nie mogły być przerobione z powodu braku funduszów. Przerobienie kotłowni w pawilonie kobiecym pozwoliło nam, po ustawieniu 2 kotłów

systemu Strebla w suterenach skasować piece do grzania wody w łazienkach pawilonowych: w ten sposób uniknęliśmy zanieczyszczania łazienek węglem; usunęliśmy panujące w nich poprzednio nieznośne gorąco, wreszcie ułatwiliśmy znacznie pracę służby. Pokoje kąpielowe za pomocą przepierzeń przedzieliliśmy, odosabniając tem pomieszczenia, przeznaczone do zmywania naczyń. W gabinecie lekarskim każdego pawilonu urządziliśmy oddzielne instrumentarjum dla pilnych opatrunków oraz zabiegów chirurgicznych podręcznych i ratownictwa, jak również oddzielną podręczną apteczkę.

Do pomniejszych ulepszeń zaliczyć można: przeniesienie ogródka dla niespokojnych i zanieczyszczających się mężczyzn z przed okien pokojów dla chorych klasowych w inne miejsce, zaprowadzenie wag do ważenia chorych na każdym pawilonie, urządzenie małej stacji meteorologicznej na jednym z pawilonów z codziennem notowaniem stanu atmosfery, rozszerzenie budynku motorowego, nabycie pudła z naczyniami, otoczonemi masą izolacyjną, do noszenia potraw z kuchni do pawilonu (model „Steinhofu") etc.

Najważniejsze postulaty, wymienione w mojem sprawozdaniu z 1908 r., pozostały niewykonane — potrzebę ich wypełnienia motywowałem już szczegółowiej w obu moich poprzednich sprawozdaniach (za rok 1907 i 1908) na tem więc miejscu ograniczę się do prostego ich wyliczenia. Są to:

Wybudowanie pawilonu zakaźnego; wybudowanie pawilonu dla chorych pensjonarzy klasy I i II; wybudowanie pawilonu dla umysłowo chorych dzieci; przybudowanie werand przy istniejących pawilonach; urządzenie warsztatów dla chorych; wybudowanie kuchni i pralni według wymagań współczesnych; wybudowanie domu mieszkalnego dla służby; nabycie silniejszego motoru do pompowania wody i do światła; zdrenowanie terenu szpitalnego.

Z pomniejszych ulepszeń: przerobienie klozetów w pawilonach, przeprowadzenie wodociągów, kanalizacji i oświetlenia elektrycznego do will szpitalnych, przerobienie ustępów w tychże willach, urządzenie parku, ubicie dróg wewnętrznych, ułożenie chodników pomiędzy pawilonami i t. p.

Brak większych zasobów materjalnych uniemożliwia Komitetowi Szpitalnemu wprowadzenie w życie tych wszystkich ulepszeń. Są one jednakże tak nieodzowne, że bez ich urzeczywistnienia szpital nasz nie będzie mógł rozwijać się już w najbliższej przyszłości, zacznie cofać się i upadać. Miejmy nadzieję, że humanitarna Łódź nie dopuści do tej smutnej ewentualności.

WARUNKI PRENUMERATY:

Rocznie rb. 6, z przesyłką pocztową rb. 7. Zeszyt pojedyńczy rb. 2. Zeszyt okazowy darmo i opłatnie.

ADRES REDAKCJI i ADMINISTRACJI: Warszawa, Ńowowiejska Nr. 28. Telef. Nr. 42-48.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz dwułamowy drobnem pismem przed tekstem kop. 30, za tekstem kop. 25. Przy ogłoszeniach rocznych stosowny rabat.
